

<h1>RESPETO</h1> <h2>en 2 sesiones</h2> <h3>Consejería para la prevención del VIH</h3>	
	<h2>Manual</h2>
	<p>El modelo RESPETO en dos sesiones es un modelo de consejería para la prevención del VIH, a nivel individual, que se enfoca en el riesgo particular y personal del cliente. Está diseñado para apoyar a las personas en la reducción de riesgo de contraer VIH mediante el aumento de la percepción de riesgo personal que tiene el cliente y el desarrollo gradual de estrategias de reducción de riesgo.</p>
	 <p>The image shows the cover of the manual. At the top, it reads 'RESPETO en 2-Sesiones' in bold. Below that, in smaller text, it says 'Consejería para la prevención del VIH' and 'Manual de implementación'. The central illustration depicts two individuals, a man and a woman, sitting on a bench and engaged in a conversation. The man is on the left, wearing a purple shirt and blue pants, gesturing with his hand. The woman is on the right, wearing a yellow shirt and blue pants, listening attentively. The background is a solid brown color. In the bottom right corner of the cover, the CDC logo is visible.</p>

RESPETO

en 2 sesiones

Consejería para la prevención del VIH

Manual

Este protocolo de consejería fue desarrollado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en colaboración con investigadores y departamentos de salud en Baltimore, Denver, Long Beach, Newark y San Francisco. Este manual fue desarrollado por *California STD/HIV Prevention Training Center*.



Modelos de consejería RESPETO para la prevención del VIH

Introducción

A pesar del progreso en el tratamiento de la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), todavía no hay una cura. Los programas que reducen las relaciones sexuales sin protección, el compartir jeringuillas usadas y parafernalia, al igual que otras conductas de riesgo seguirán siendo la mejor manera de controlar la propagación del VIH. Se ha logrado mucho progreso en el desarrollo y evaluación de programas para reducir las conductas de mayor riesgo.

Tales esfuerzos han producido un sinnúmero de intervenciones efectivas basadas en evidencia, que incluyen los modelos de consejería RESPETO en 2 y 4 sesiones para la prevención del VIH (vea el **Apéndice A**). Los modelos de consejería RESPETO se desarrollaron en una prueba controlada aleatoria llamada Proyecto RESPETO. El estudio se realizó en cinco clínicas públicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) ubicadas en Baltimore, Maryland, Denver, Colorado, Long Beach, California; Newark, New Jersey y San Francisco, California. En este estudio, la efectividad de los modelos en dos sesiones y en cuatro sesiones de consejería enfocada en el cliente se evaluó en comparación con un modelo de mensaje informativo. (Vea el **Apéndice A**).

La investigación del Proyecto RESPETO produjo dos modelos efectivos de consejería para la prevención del VIH basados en evidencia: el modelo en dos sesiones, compuesto de dos sesiones breves de consejería individual (alrededor de 10 a 28 minutos) y el modelo en cuatro sesiones, compuesto de una sesión breve de consejería individual (alrededor de 20 minutos) y tres más largas (alrededor de 60 minutos). Ambos modelos fueron casi igualmente eficaces al producir un cambio en la conducta de los clientes; por lo tanto, generalmente muchos programas implementan el modelo en dos sesiones.

Los materiales para la consejería RESPETO se han traducido y se han preparado para el uso de los proveedores que trabajan con pruebas del VIH y proveedores de consejería, así como otros proveedores que trabajan con clientes que tengan problemas relacionados con la prevención. Este documento enseña a los participantes a cómo aplicar el modelo en dos sesiones en cualquier contexto de prevención del VIH. En las secciones que siguen, usted aprenderá más acerca del modelo de consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH (RESPETO en dos sesiones) y cómo funciona. Se le dará información para ayudarlo a determinar la aplicabilidad del modelo RESPETO en dos sesiones en su organización y con los clientes a quienes usted presta servicios.

¿Qué es el Modelo RESPETO en dos sesiones?

El Modelo de Consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH (RESPETO en dos sesiones) se enfoca en el riesgo personal del cliente. Está diseñado para apoyar a las personas en la reducción de su riesgo de contraer VIH y otras ETS mediante el aumento de la percepción que tienen de sus riesgos personales, el apoyo de pasos para la reducción gradual de riesgo y el aumento de la auto-eficacia para tener conductas más seguras.

Este modelo de consejería se compone de dos sesiones breves de consejería interactiva individualizada. Las sesiones siguen un protocolo estructurado que guía al proveedor a sacar a relucir y a discutir las situaciones de riesgo del cliente mediante una evaluación del riesgo personal, al igual que a estimular y ayudar al cliente a que desarrolle un paso de reducción de riesgo que sirva de apoyo a una meta global de reducción de riesgo. El modelo RESPETO en dos sesiones se diseñó para usarse con pruebas del VIH que siguen un protocolo "estándar" compuesto de pruebas estándares (no rápidas) del VIH. También se adapta a una variedad de contextos de prevención del VIH, tales como Servicios Integrales de Consejería en Riesgo y, Servicios de Consejería de Pareja y Referidos (CRCS y PCRS por sus siglas en inglés, respectivamente).

En la Sesión 1, se aumenta la comprensión que tiene el cliente del riesgo de infectarse con VIH, y el cliente desarrolla un paso realista de reducción de riesgo con el apoyo del proveedor. En lugares donde se hacen pruebas, luego de la primera sesión, se toma una muestra para someterla a la prueba del VIH. En la sesión 2, el proveedor guía al cliente a que repase y revise su paso de reducción de riesgo según fuese necesario. En un contexto donde se hace la prueba, el resultado se da al comienzo de la sesión.

¿Por qué utilizar las intervenciones de consejería del modelo RESPETO para la prevención del VIH?

En comparación con el modelo informativo/educativo, el modelo de consejería RESPETO para la prevención del VIH fue más efectivo en reducir las enfermedades transmitidas sexualmente. Los participantes en el estudio reportaron un aumento en el uso de condones y reportaron que practicaron otras conductas de reducción de riesgo. Además, los índices de ETS fueron significativamente más bajos entre los participantes en el estudio que entre los del grupo control. Como la consejería se centra en conductas de riesgo, se da por sentado que la consejería también es efectiva en prevenir otras enfermedades de transmisión sexual y enfermedades contagiadas por sangre, que incluyen VIH y Hepatitis B y C.

Más aún, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomiendan el modelo RESPETO en dos sesiones en las directrices para prestar consejería, pruebas y referidos relacionados con el VIH. El modelo también es compatible con las recomendaciones del CDC para fomentar la prevención del VIH (AHP, por sus siglas en inglés), que enfatizan la importancia

de conocer el estatus VIH a fin de recibir apoyo para la reducción de transmisión del VIH y provisión de referidos para el cuidado, tratamiento y servicios de prevención. El modelo puede utilizarse para trabajar con clientes VIH positivos a fin de reducir el contagio con nuevas ETS o transmisión del VIH a otras personas, o ambas.

¿Para quién se ha diseñado el modelo RESPETO en dos sesiones?

La intervención de consejería RESPETO para la prevención del VIH se condujo originalmente con heterosexuales VIH negativos que llegaron a una clínica para hacerse la prueba de ETS y cuyo riesgo principal de contraer VIH era la transmisión sexual (vea el Apéndice A).

Como utiliza la metodología de consejería enfocada en el cliente e incluye una evaluación individualizada de riesgos y el desarrollo de pasos personalizados de reducción de riesgo, puede fácilmente adaptarse y ajustarse a diferentes contextos de prevención del VIH en una variedad de poblaciones. Es decir, puede ofrecerse a todas las personas que están a riesgo de adquirir o transmitir el VIH y que buscan servicios en cualquier lugar, incluso las clínicas tradicionales y las no tradicionales, tales como organizaciones de base comunitaria o lugares de alcance comunitario. De igual manera, como el modelo incluye un protocolo con guías específicas, el mismo ayuda al proveedor a cubrir todas las partes importantes del protocolo, a la vez que se asegura que la consejería será aceptable para las poblaciones a las cuales va dirigida la intervención.

Acerca de este curso

Este currículo de adiestramiento es parte de un paquete de adiestramiento multimedia integrado, desarrollado por el *California STD/HIV Prevention Training Center* (CA PTC) para los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) para dar apoyo a los proveedores en la implementación de la Consejería para la Prevención del VIH del Modelo RESPETO en dos sesiones (RESPETO en dos sesiones). Este currículo de adiestramiento tiene la intención de adiestrar a los proveedores y supervisores con experiencia en prevención del VIH para impartir el modelo RESPETO en dos sesiones. La investigación del proyecto RESPETO encontró que, comparado con la consejería estándar relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), este modelo de consejería para la prevención del VIH fue más efectivo en la reducción de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los participantes en el estudio reportaron un aumento en el uso de condones y un aumento en conductas de reducción de riesgo. Como son las conductas las que facilitan la transmisión de infección, podemos asumir que dicha intervención también es efectiva para prevenir otras enfermedades de transmisión sexual o enfermedades transmitidas por sangre, incluso el VIH.

El modelo de consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH (RESPETO en dos sesiones) se enfoca en el riesgo personal del cliente. El mismo está diseñado para dar apoyo a los individuos de modo que éstos reduzcan su riesgo de adquirir o transmitir el VIH y otras ETS, al incrementar la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo y al patrocinar pasos para la reducción gradual de riesgo. Aunque el modelo se investigó en contextos donde se llevan a cabo pruebas del VIH, el mismo también puede ser efectivo en otros contextos donde se implementen actividades de prevención.

Este modelo de consejería se compone de dos sesiones de 20 minutos de consejería individual interactiva. Las sesiones siguen un protocolo estructurado que sirve de guía al proveedor para sacar a relucir y discutir las situaciones de riesgo del cliente, llevar a cabo una evaluación de riesgo personal, y estimular y ayudar a los clientes a desarrollar un paso de reducción de riesgo. El modelo RESPETO en dos sesiones se diseñó para utilizarse con pruebas del VIH que siguen un protocolo «estándar», compuesto de un análisis inmuno enzimático seguido de una prueba confirmatoria, si se indica. El mismo se puede adaptar a lugares donde se hace la prueba del VIH en una sola sesión, así como a lugares donde no se hace la prueba del VIH.

En la Sesión 1, se aumenta la comprensión que tiene el cliente de su riesgo personal de contraer VIH, y se desarrolla y apoya un paso realista hacia la reducción de riesgo. Si la consejería se lleva a cabo en un lugar donde se hace la prueba, se toma una muestra para realizarle la prueba del VIH. En la Sesión 2, el proveedor guía al cliente a que repase y revise su paso de reducción de riesgo. Si la consejería se realiza en un lugar donde se hace la prueba, se darán los resultados al comienzo de la sesión.

El CDC recomienda el modelo RESPETO en dos sesiones para ofrecer consejería en VIH, la prueba y referidos. El modelo también es compatible con las recomendaciones del CDC para fomentar la prevención del VIH (FPV) (AHP, por sus siglas en inglés), las cuales

enfazan que las personas conozcan su estatus VIH y se les brinde apoyo para reducir la transmisión del VIH y los referidos para cuidado, tratamiento y servicios de prevención.

Objetivos clave para este curso

La meta primordial de este adiestramiento es proveer a los participantes un entendimiento del estudio investigativo RESPETO y enseñarles las destrezas y conocimientos necesarios para implementar satisfactoriamente el modelo de consejería RESPETO en su trabajo de prevención.

Al finalizar este curso, los participantes serán capaces de:

- 1) Comprender los 5 elementos centrales de la intervención RESPETO
- 2) Comprender el papel que juega la disonancia en el modelo RESPETO
- 3) Describir las etapas en las Sesiones 1 y 2 del modelo RESPETO
- 4) Aumentar la percepción acertada del cliente de su riesgo de contraer ETS/VIH
- 5) Negociar un plan realista y gradual para la reducción de riesgo del cliente

Elementos centrales del modelo de consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH

¿Cuáles son los elementos centrales del modelo RESPETO en dos sesiones?

Los elementos centrales son aspectos fundamentales del propósito y diseño de la intervención que no se pueden cambiar para asegurar la efectividad de la intervención. Para asegurar la efectividad del modelo de dos sesiones, es esencial que se sigan todos los elementos centrales. El modelo de consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH tiene cinco elementos centrales:

1. Lleva a cabo la consejería individualizada haciendo uso de las guías del protocolo RESPETO.
2. Aprovecha cualquier «oportunidad apropiada para el aprendizaje» para motivar a los clientes a cambiar conductas de riesgo.
3. Explora las circunstancias y el contexto de cualquier conducta de riesgo reciente para aumentar la percepción de susceptibilidad.
4. Negocia un paso realista que sustente la meta de reducción de riesgo a largo plazo.
5. Implementa y mantiene los procedimientos de garantía de calidad.

La investigación del Proyecto RESPETO produjo cambios tanto conductuales como biológicos en los participantes en el estudio, incluso un aumento en la conducta de reducción de riesgo --como el uso de condones-- y una reducción en las tasas del VIH y otras ETS. Para maximizar la efectividad de la consejería RESPETO, es esencial que la intervención se implemente fielmente, siguiendo los cinco elementos centrales en su totalidad. Al seguir todos los elementos centrales, es más probable que se logren resultados similares a los del estudio y, por ende, se observe un aumento en las conductas de reducción de riesgo de contraer VIH y/o ETS, o ambas, y una reducción en las tasas de ETS, incluso en VIH. Cada elemento central se describe con más detalle a continuación.

1. Llevar a cabo la consejería individualizada haciendo uso de las guías del protocolo RESPETO. Llevar a cabo las sesiones con un solo cliente a la vez. El modelo RESPETO no se aplica a contextos grupales.
2. Aprovechar cualquier «oportunidad apropiada para el aprendizaje» para motivar a los clientes a cambiar conductas de riesgo. Los momentos de emoción intensa o disonancia cognitiva con frecuencia ofrecen la oportunidad a las personas a que piensen de manera diferente en cuanto a ellos mismos o a su conducta. Este modelo enfatiza el uso o creación de las oportunidades apropiadas para el aprendizaje a fin de crear oportunidades para una nueva conducta.
3. Explorar las circunstancias y el contexto de cualquier conducta de riesgo reciente para aumentar la percepción de susceptibilidad. El modelo se enfoca en la conducta de riesgo específica y reciente que ha tenido el cliente y en las circunstancias relacionadas. Una de las fortalezas principales de la consejería es su enfoque continuo en el riesgo que tiene el cliente de contraer o transmitir el VIH. Parecido a otros modelos de intervención en crisis, este modelo evita la discusión de temas no relacionados con el riesgo que tiene el cliente de contraer el VIH. En vez de utilizar la sesión para impartir educación sobre VIH, la misma se enfoca en la conducta específica de riesgo que manifiesta el cliente. Este modelo de consejería requiere que el proveedor utilice la información sólo para clarificar interpretaciones erróneas relacionadas con el riesgo personal del cliente.
4. Negociar un paso realista que sustente la meta de reducción de riesgo a largo plazo. Este modelo de consejería apoya y estimula al cliente a que, en cada sesión, desarrolle un paso realista y alcanzable con el que pueda reducir el riesgo de adquisición o transmisión. Estos pasos deben sostener una meta global de reducción de riesgo.
5. Implementar y mantener los procedimientos de garantía de calidad. Para asegurar una consejería de alta calidad, los proveedores deben desarrollar, implementar y mantener un protocolo de garantía de calidad que apoye la prestación consistente de la intervención.

Comienzo

¿Cuáles recursos son necesarios para implementar el modelo RESPETO en dos sesiones?

Para implementar el modelo de consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH de manera compatible con la investigación del modelo, los proveedores necesitarán los siguientes recursos y adiestramiento:

1. Los proveedores deben recibir adiestramiento para poner en práctica el modelo de consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH. Como requisito previo al adiestramiento en dos sesiones, los proveedores también deben haber sido adiestrados o ser competentes en los fundamentos de consejería en VIH, principios de consejería y en los requerimientos organizacionales locales para pruebas del VIH, consejería, referidos e intervenciones relacionadas.
2. Participación activa de los supervisores, los cuales han sido adiestrados y están aptos en el modelo de consejería y capacitados para dar apoyo continuo, guiar y mantener la garantía de calidad.
3. Un espacio privado para hablar cómodamente con el cliente a nivel individual dentro un ambiente de confidencialidad.
4. Tiempo suficiente para llevar a cabo la sesión con cada cliente.
5. Información de contacto para los referidos (por ejemplo, recursos para cuidados de salud, salud mental, abuso de sustancias, etc.).
6. Materiales de intervención en consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH.
7. Protocolos y procedimientos escritos para la garantía de calidad y formularios relacionados.

¿Cómo puede adaptarse el modelo RESPETO?

La agencia y las clínicas podrían diferir de las condiciones investigativas en las que se puso a prueba el modelo RESPETO. Por lo tanto, los proveedores podrían necesitar adaptar el modelo de consejería para que responda a las necesidades del cliente y a las de la agencia, a la vez que mantienen intactos los elementos centrales del modelo.

RESPETO es diferente a otros modelos

Muchos modelos de consejería se implementan con clientes que buscan servicios de prevención del VIH. No todos los modelos de consejería tienen la base investigativa del modelo RESPETO. Muchos modelos (por ejemplo, "Los fundamentos de consejería para la prevención del VIH" del CDC) están basados en el modelo RESPETO, pero no son una réplica de esta intervención. El curso titulado "Los fundamentos de consejería para la prevención del VIH" del CDC y adiestramientos similares para proveedores se recomiendan como prerrequisitos al adiestramiento, ya que los principios son similares y complementan los conceptos y las actividades enfatizadas en el adiestramiento RESPETO.

Cómo combinar este modelo con sistemas y programas de servicios existentes

Como este modelo de consejería está diseñado para que se ofrezca junto con la prueba del VIH, con frecuencia se integra con un servicio llamado "consejería y prueba". Según recomendado por las guías del CDC, estos servicios con frecuencia incluyen componentes adicionales como procesos de consentimiento, procesos de referidos, servicios de notificación a la pareja y programas de educación individual o grupal. Además, las leyes locales y políticas organizacionales regulan los programas de proveedores. Para utilizar esta intervención efectivamente, se exhorta a los proveedores a que integren el protocolo de consejería vigente en su servicio o programa de una manera que minimice la interrupción y cualquier cambio al protocolo.

Uso de RESPETO con la prueba rápida del VIH

Durante el estudio original del Proyecto RESPETO, previo a que estuviera disponible la prueba rápida, se encontró que la intervención era efectiva al utilizarse en programas de consejería y prueba del VIH estándares (es decir, no rápida). En otro estudio investigativo (RESPETO 2), se modificó para uso con la prueba rápida del VIH. La consejería que utiliza tanto la prueba rápida del VIH como la estándar tuvo efectos similares en la incidencia de ETS. Aunque la incidencia acumulativa de ETS en los 12 meses de seguimiento fue mayor en el grupo de prueba rápida comparado con el grupo de prueba estándar, la diferencia

no fue estadísticamente significativa. A corto plazo y para ciertos subgrupos, tales como hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, una intervención de prueba rápida podría ser menos efectiva en reducir la conducta de alto riesgo y la prevención de ETS comparado con la prueba estándar. Podría ser beneficioso para ciertas personas, regresar a la segunda sesión de consejería luego de cierto período de tiempo (por ejemplo, 1-2 semanas) para discutir la experiencia al practicar los pasos en el plan de reducción de riesgo e incluso posibles revisiones. (2005, Metcalf et al. STDs).

¿Cuál es el costo de utilizar el modelo de consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH?

Se espera que cualquier organización que esté ofreciendo servicios de prevención del VIH pueda integrar con facilidad el modelo RESPETO a sus servicios y programas actuales. Se ha incluido una hoja de costo para ayudar en la planificación (vea el Apéndice H).

Materiales de RESPETO en dos sesiones

Los materiales de consejería se empacaron para que los proveedores de prevención del VIH los utilicen al momento de la implementación de la consejería del modelo RESPETO de prevención del VIH.

Los materiales de RESPETO en dos sesiones incluyen:

1. Un manual del modelo RESPETO en 2 sesiones
2. Tarjetas del proveedor
3. Formularios para el paso de reducción de riesgo
4. Recomendaciones y formularios para la garantía de calidad

¿Cómo están organizadas las sesiones?

El modelo RESPETO en dos sesiones está diseñado para que sea una intervención breve y enfocada, en la que cada sesión tenga una duración de 10 a 28 minutos. Cada etapa de la sesión tiene varios pasos que ayudan al proveedor a cumplir con los objetivos de la consejería. **Tablas 1-3** muestran las etapas de cada sesión.

Tabla 1. Sesión 1

Sesión 1 Etapas del protocolo	Duración (en minutos)
1. Presente y oriente al cliente en cuanto a la sesión	1-2
2. Aumente la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo	2-3
3. Explore los detalles específicos del incidente de riesgo más reciente	2-3
4. Repase las experiencias previas de reducción de riesgo	2-4
5. Resuma el incidente de riesgo y los patrones de riesgo	3-4
6. Negocie un paso de reducción de riesgo	4-5
7. Identifique los recursos de apoyo y provea referidos	1-2
8. Finalice la sesión	3-5
Tiempo total	18-28

Tabla 2. Sesión 2: Etapas en común

Sesión 2 Etapas del protocolo	Duración (en minutos)
1. Dé la bienvenida y oriente al cliente a. (Dé el resultado de la prueba)	2-10
2. Repase el paso de reducción de riesgo	4-5
3. Revise el paso de reducción de riesgo	4-5
4. Identifique recursos de apoyo para el paso de reducción de riesgo	1-2
5. Provea el referido	1-2
6. Finalice la sesión	1-2
Tiempo total	13-26

Para cada etapa del protocolo, este manual contiene información que guía al proveedor a cumplir con el protocolo efectivamente. Cada etapa del protocolo está organizada como sigue:

Título de la etapa del protocolo -- presenta la etapa.

Objetivo -- describe qué necesita lograrse con la etapa de la sesión.

Guía -- describe en detalle el propósito o fundamento para cada etapa específica de la sesión.

Tabla con las guías del protocolo y ejemplos del diálogo -- delinea las actividades y el orden a seguir para cada etapa, y da ejemplos de cómo implementarlas.

Según se muestra en la **Ilustración 1**, las tablas con las etapas del protocolo y las respuestas son partes esenciales del modelo de consejería que el proveedor debe mantener. Sin embargo, los ejemplos de diálogos son sólo eso, ejemplos. Estos ejemplos se incluyen para guiar al proveedor en la implementación de las etapas esenciales. Las guías también ayudan a mantener al proveedor enfocado, para así aumentar la posibilidad de que él o ella aconseje a los clientes de la misma manera que se hizo durante el estudio. El proveedor puede elegir utilizar estos ejemplos o decidir presentar las etapas de intervención en sus propias palabras, teniendo en cuenta que utilice palabras y un lenguaje que se ajusten específicamente al cliente. Las guías del protocolo y los ejemplos de diálogo se encuentran en las "Tarjetas del proveedor" en el paquete para el proveedor.

Ilustración 1. Tarjetas del proveedor de RESPETO
Ejemplo de una sesión

Pasos del protocolo (no se puede modificar)	Ejemplo del diálogo (puede ser modificado)
<p>1. Evalúe la comunicación del cliente, con respecto al VIH, con su(s) pareja(as)/compañero(s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué lo hizo decidir tener relaciones sexuales/inyectarse drogas? ¿Sugirió usted o su(s) pareja(s)/compañero(s) el utilizar condones/aguja o parafernalia limpias; o no compartir agujas o parafernalia? Hábleme acerca de esto. • ¿Ha hablado usted con su(s) pareja(s)/compañero(s) con respecto a si alguno (ya sea usted o ellos) se ha hecho la prueba del VIH? • ¿Hubiese llevado a cabo la misma conducta de saber que esta persona tenía el VIH? Hábleme más del asunto. • ¿Han hablado ustedes con respecto a los riesgos del VIH o de mantenerse más seguros? ¿Qué han hablado?

El ejemplo de diálogo está diseñado para estimular al cliente a que sea él/ella quien hable mayormente, y que el proveedor haga preguntas de seguimiento que se ajusten al contexto. Se exhorta al proveedor a que evite preguntas irrelevantes a las circunstancias de riesgo del cliente, y a que utilice un lenguaje (palabras y terminología) que el cliente entienda. Si el cliente no utiliza términos lo suficientemente específicos, decidan qué términos, con los que ambos se sientan cómodos, pueden utilizar.

El ejemplo de diálogo incluye preguntas que son específicas para clientes cuyo riesgo principal de contraer el VIH se deriva de relaciones sexuales y para clientes cuyo riesgo proviene de uso de drogas inyectadas.

El ejemplo de diálogo incluye un texto educativo para el proveedor --mostrado en corchetes-- que es similar en tipo de letra y color a las guías del protocolo.

Reconocimiento

Muchas personas colaboraron en el desarrollo del currículo de adiestramiento y los autores están en deuda con cada uno de ellos. La iteración original de este currículo fue desarrollada con el *RTI International*, el equipo incluyó a Elizabeth Frentzel Jaël, M.P.H., William Zule, Dr.P.H., Molissa Polier, M.Ed., Rachel

Ellerson y a Sharon Barrell.

Este currículo de adiestramiento se actualizó y se revisó de modo significativo con el equipo del *California STD/HIV Prevention Training Center*. En especial queremos darle las gracias a David Mehlhaff, Linda DeSantis, M.Ed., Alice Gandelman, M.P.H., Miriam Garfinkel, M.A. M.F.T. y Stacy Vogan, M.P.H. quienes ofrecieron una aportación intensa en el desarrollo de los materiales. Además, queremos agradecer a Ed Wolf de la Universidad de California, San Francisco AIDS Health Project, quien proveyó materiales adicionales.

Reconocemos la guía y el apoyo provisto por la *“Division of HIV/AIDS Prevention, Intervention Research and Support”*, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Humanos y, en especial a Agatha Eke, Ph.D. y a Charles Collins, Ph.D., por su tiempo y valiosa aportación. También queremos reconocer a Ken Hunt, B.A., Aisha Wilkes, M.P.H., Cindy Getty, Aisha Gilliam y Jackie Elliott por su valiosa aportación en el currículo de adiestramiento.

También se recibieron aportaciones durante los adiestramientos pilotos de un sinnúmero de adiestradores profesionales en prevención de ETS/VIH y del personal de departamentos de salud de toda la nación. Por último, el personal de dos oficinas de campo en departamentos de salud que ofrecieron aportaciones de gran ayuda. Queremos agradecer especialmente a Pat Dixon, R.N., B.S.N., Eddie Mace y Ashley Anderson, B.S.N., R.N., de Craven County Health Departments, y a Monica Brown, M.P.H. y a Kawanna Glenn del Forsyth County Department of Health.

Sesión 1: Evaluación de riesgo y paso de reducción de riesgo

SESIÓN 1

Etapas del protocolo	Duración (en minutos)
1. Presente y oriente al cliente en cuanto a la sesión	1-2
2. Aumente la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo	2-3
3. Explore los detalles específicos del incidente de riesgo más reciente	2-3
4. Repase las experiencias previas de reducción de riesgo	2-4
5. Resuma el incidente de riesgo y los patrones de riesgo	3-4
6. Negocie un paso de reducción de riesgo	4-5
7. Identifique los recursos de apoyo y provea los referidos	1-2
8. Finalice la sesión	3-5
Tiempo total	18-28

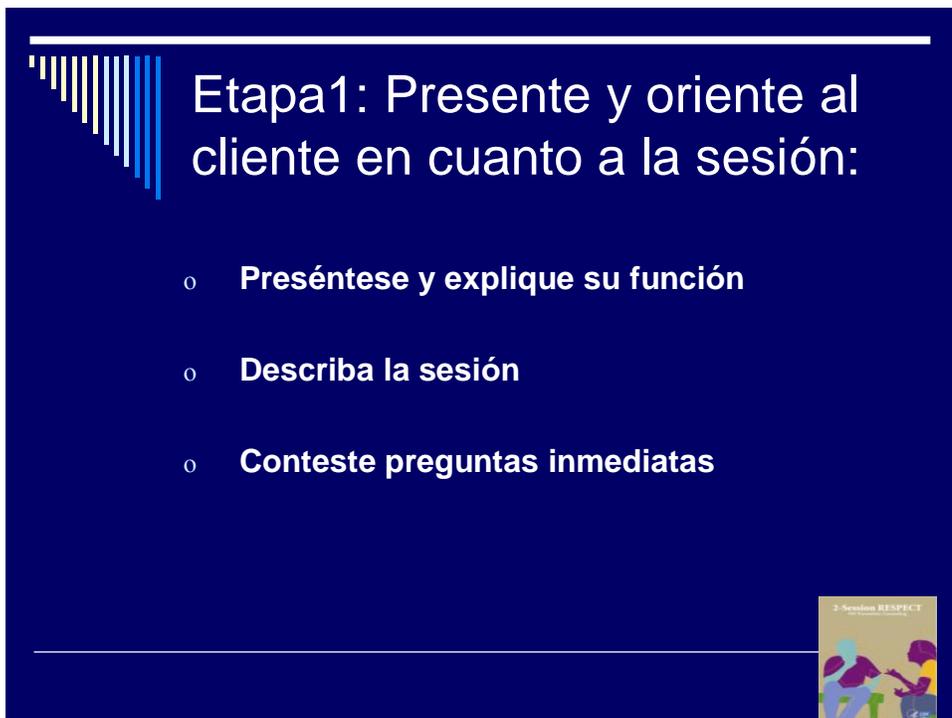
* Favor de consultar las tarjetas del proveedor para sugerencias de preguntas abiertas para cada estilo.

Sesión 1 - Etapa 1. Presente y oriente al cliente en cuanto a la sesión

Objetivo

El propósito de esta etapa es describir la sesión y la cantidad de tiempo que tomará explicar los roles y responsabilidades que corresponden al cliente y al proveedor, y establecer un consenso con el cliente en cuanto a los objetivos generales de la sesión.

Duración: 1–2 minutos



Etapa 1: Presente y oriente al cliente en cuanto a la sesión:

- **Preséntese y explique su función**
- **Describa la sesión**
- **Conteste preguntas inmediatas**

1. Preséntese e indique su función al cliente. Esto puede incluir su función en la agencia así como su función en la sesión. Los proveedores pueden ayudar al cliente a sentirse cómodo con el proceso, la función del proveedor y el contenido y propósito de la sesión. Si el cliente sabe qué esperar y comprende el proceso, éste se sentirá menos ansioso y podrá enfocarse mejor en la sesión. En un lugar donde se hace la prueba del VIH, esto aumentará las probabilidades de que el cliente regrese para saber el resultado de la prueba del VIH.
2. Describa la sesión. Déjele saber al cliente la duración de la

sesión y su propósito. Déjele saber al cliente que usted le hará preguntas diseñadas para responder a cualquier preocupación relacionada con el riesgo específico que el cliente podría tener. Es discreción de usted dejarle saber al cliente que usted usará guías o instrucciones escritas para asegurarse que responda a todos los asuntos relevantes.

3. **Conteste preguntas inmediatas.** Al responder a preguntas o preocupaciones inmediatas, el proveedor se asegura de que el cliente es capaz de enfocarse en la sesión de consejería. Las preguntas o preocupaciones inmediatas podrían incluir distracciones o la necesidad de referidos para servicios complementarios. Enfóquese en lo que es pertinente al contexto..

- *Los que repiten la prueba:* Si éste es un lugar donde se hace la prueba del VIH y el cliente se ha hecho la prueba antes, éste podría sentir que la consejería es innecesaria y que ya sabe sobre todos los tipos de riesgo para contraer el VIH. El modelo de consejería RESPETO en dos sesiones para la prevención del VIH no se trata de educar al cliente en cuanto al riesgo, sino de aumentar la comprensión de éste en cuanto a *sus propios riesgos personales* y de que dé pasos para reducir tales riesgos. Por ende, es muy importante dejarle saber a los que repiten la prueba que esta consejería es diferente. No es sólo acerca de riesgos, sino acerca del cliente, de sus riesgos personales y de su conducta específica.

- *Consentimiento:* Los proveedores deberán asegurarse de obtener un consentimiento informado del cliente, llenar cualquier formulario que se necesite y, durante el curso de la sesión, cumplir con cualquier otro requerimiento del Estado o agencia. Esto debe hacerse de acuerdo con la política particular de la agencia.

- *Información adicional:* Si un proveedor necesita incluir información adicional (como discusiones relacionadas con decisiones en cuanto a la prueba), sería útil considerar hacerlo al principio (en esta etapa) o al final.

Sesión 1 - Etapa 2. Aumente la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo

Las actividades en esta etapa se enfocarán en la atención que tiene el cliente de su conducta de riesgo, en el aumento de su nivel de preocupación relacionado con estas conductas y en aumentar la percepción que él o ella tiene de su propio riesgo.

Duración: 2-3 minutos

Etapa 2: Aumente la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo

1. **Evalúe los problemas que el cliente presenta**
2. **Preste atención e identifique las conductas que ponen en riesgo al cliente**
3. **Evalúe el nivel de preocupación del cliente en cuanto al VIH**
4. **Discuta el historial de prueba de VIH del cliente y los cambios en conducta como respuesta a los resultados**
5. **Evalúe si el cliente está participando en conducta de riesgo debido a los resultados de pruebas anteriores**
6. **Dirija la atención del cliente hacia la conducta de riesgo**
7. **Discuta ejemplos de conflicto entre las creencias y la conducta del cliente**



Puntos clave

1. Evalúe los problemas que el cliente presenta: Use la petición del cliente para servicios de ETS/VIH como punto de partida. La presencia del cliente en la clínica (u otra organización) y la solicitud de servicios de ETS/VIH puede ser una oportunidad para que el proveedor hable de los riesgos del cliente. Esto podría proveer una oportunidad para el aprendizaje. En un contexto de manejo de caso, el problema que presenta podría representar un referido para servicios que ya se ofrecen. El proveedor puede incorporar los esfuerzos de prevención como parte de la agenda de la reunión.
2. Preste atención a conductas de riesgo: Preste atención a cualquier conducta de riesgo que describa el cliente. Comience por identificar la conducta de riesgo principal que tiene el cliente. Decida si va a identificar las conductas para usted mismo o si va a indicárselas al cliente. Para una persona que es VIH negativo, el riesgo incluye cualquier conducta que tenga el potencial de que él o ella se contagie con VIH. El riesgo para una persona que es VIH positivo incluye conducta sexual o de uso de drogas, las cuales aumentan la probabilidad que la persona transmita el VIH. Esto puede incluir el tipo de acto sexual, al igual que la capacidad de la persona para revelar su estatus a una pareja. También podría incluir asuntos relacionados con la salud y con el bienestar, tales como recibir cuidado médico o adherencia a los medicamentos.
3. Evalúe el nivel de preocupación del cliente en cuanto al VIH: La discusión debe ayudar al proveedor y al cliente a comprender el comportamiento del cliente. Los clientes podrían comprender cuáles conductas son de riesgo, pero podrían pensar que su conducta no es una de riesgo. Una meta en esta etapa es aumentar la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo. Un proveedor puede estar pendiente y responder a comentarios en

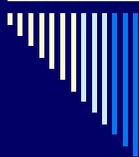
la sesión cuando las creencias y conducta del cliente están en conflicto, al igual que cualquier duda o confusión en cuanto a la reducción de riesgo. Este no es un modelo educativo, pero puede ser apropiado y poderoso para corregir información errónea.

4. Discuta el historial de prueba del cliente y los cambios en conducta como respuesta a los resultados: Explore el historial que tiene el cliente con las pruebas del VIH o ETS. Este historial puede incluir pruebas para determinar el estatus positivo o negativo, al igual que pruebas para medir el progreso de la enfermedad. Previamente, ¿las pruebas del cliente han sido negativas y, por lo tanto, ha continuado con conductas de riesgo? El que haya dado positivo en la prueba ¿ha ocasionado que el cliente disminuya su conducta de riesgo o, por el contrario, abandone conductas previas?
5. Evalúe si el cliente está participando en conductas de riesgo como consecuencia de los resultados de pruebas anteriores: ¿Ha cambiado el cliente sus conductas por motivo de los resultados en pruebas anteriores? Esto puede incluir aumentar o reducir su nivel aceptable de riesgo.
6. Dirija la atención del cliente hacia la conducta de riesgo: Si no lo ha hecho aún, indique la conducta de riesgo que usted ha observado. Note si la percepción que tiene el cliente en cuanto al riesgo va a la par con la susceptibilidad objetiva al riesgo. Preste atención a cualquier incomodidad que podría tener el cliente.
7. Discuta ejemplos de conflictos entre las creencias y la conducta del cliente: Cuando un proveedor hace preguntas que aumentan la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo o discute cuándo la conducta y las creencias del cliente son contrarias (también conocidas como identificar contradicciones), el proveedor podría (o con frecuencia lo hará) aumentar la percepción realista que el cliente tiene del riesgo. Esto podría ocasionar que el cliente y el proveedor se sientan incómodos. El proveedor podría querer evitar aumentar la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo. Sin embargo, cuando el proveedor aumenta la comprensión que tiene el cliente de su propio riesgo, el proveedor y el cliente preparan el terreno para el desarrollo de un paso de reducción de riesgo en el que el cliente pueda creer y pueda practicar exitosamente. Éste es un elemento central para llevar a cabo el modelo RESPETO en dos sesiones (utilizando una oportunidad para el aprendizaje).



Oportunidad apropiada para el aprendizaje

Cualquier situación que ocurra en cualquier contexto que brinde la oportunidad de hablar de algo difícil.

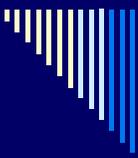


Contradicción

Cualquier situación en que factores, acciones o proposiciones esenciales son incompatibles o contrarias entre sí.

- traducción: Merriam-Webster en línea





Disonancia cognitiva

Cualquier condición de conflicto o ansiedad que resulta de la incongruencia entre lo que uno cree y lo que uno hace.

traducción: American Heritage Dictionary of English Language, 4^{ta} edición



Estos tres componentes (oportunidad apropiada para el aprendizaje, contradicciones y disonancia) son centrales en el modelo RESPETO y muchas veces se interrelacionan. La disonancia se refiere a los sentimientos internos de una persona, mientras que las contradicciones ocurren entre lo que piensa, habla o hace una persona. La disonancia puede ser incómoda para el proveedor y/o el cliente, también puede propiciar un poderoso comienzo para asimilar información nueva (oportunidad apropiada para el aprendizaje), sentando así la base para un comportamiento diferente.

Cuando alguien se enfrenta a la disonancia, hay un impulso de disminuir o aliviar la disonancia. Si la disonancia ocurre entre una creencia y una conducta, la persona podría considerar cambiar la conducta o la creencia. Nuestro trabajo como proveedores es continuar identificando las contradicciones para mantener la disonancia presente y dirigir al cliente a que se enfoque en cambiar la conducta.

Identificar las contradicciones es una manera en que los proveedores pueden crear disonancia. Sin embargo, un proveedor puede identificar una contradicción sin que el cliente experimente la disonancia. Cualquier persona puede tener contradicciones sin tener disonancia, pero es poco probable que él o ella experimenten disonancia sin experimentar alguna contradicción.

Favor de referirse al recurso Festingers (Apéndice D).

Sesión 1 - Etapa 3. Explore los detalles específicos del incidente de riesgo más reciente

Objetivo

El propósito de esta etapa es ayudar al cliente a comprender los problemas y circunstancias que contribuyen a su incidente más reciente.

Duración: 2-3 minutos



Etapa 3: Explore los detalles específicos del incidente de riesgo más reciente

1. **Identifique el contexto que contribuyó al incidente**
 - Quién, qué, dónde, cuándo
 - Vulnerabilidades y factores precipitantes
2. **Evalúe el nivel de riesgo aceptable que tiene el cliente**
3. **Evalúe la comunicación relacionada con el VIH que tiene con su pareja o parejas**
4. **Preste atención a las contradicciones que se puedan identificar para crear disonancia**



1. Identifique el contexto que contribuyó al incidente. El contexto incluye asuntos tales como con quién ocurrió la conducta, cuáles fueron las circunstancias que pudieron haber contribuido a la decisión que el cliente tomó para involucrarse en la conducta de riesgo, dónde ocurrió la conducta y cuándo ocurrió. Los asuntos contextuales son importantes ya sea que la conducta sea un patrón, sea inusual o sea «un accidente». Las emociones, eventos recientes en la vida (por ejemplo, un divorcio, el rompimiento de una relación amorosa, la muerte de un ser querido), abuso de sustancias, autoestima baja y demás asuntos que podrían influenciar la conducta. El proveedor y el cliente pueden trabajar juntos para comprender el contexto y los patrones de la conducta de riesgo.
2. Evalúe el nivel de riesgo aceptable que tiene el cliente. Las personas tienen diferentes niveles de riesgos aceptables. Es muy probable que un cliente quiera cambiar algún comportamiento que haya tenido cierto nivel de riesgos y que le haya hecho sentir incómodo.

3. Evalúe la comunicación relacionada con el VIH que tiene con su pareja o parejas. La capacidad para hablar con una pareja en cuanto al VIH es un asunto contextual importante que puede tener impacto significativo en los esfuerzos de reducción de riesgo. Recuerde preguntar a los clientes si les hablan a sus parejas acerca del VIH y cómo lo hacen.
4. Preste atención a las contradicciones que se puedan identificar para crear disonancia. Las discusiones en cuanto al contexto pueden proveer oportunidades para identificar las contradicciones. Escuche e identifíquelas según sea apropiado. Evite culpar o ser agresivo cuando esté respondiendo a contradicciones con los clientes.
5. Controle sus sentimientos e incomodidad. La discusión de la conducta de riesgo podría ser difícil tanto para el proveedor como para el cliente. Cualquiera de los dos podría sentirse inclinado a discutir otra cosa que no sea el incidente de riesgo del cliente. El cliente podría desviar las discusiones de incidentes de riesgo personal a riesgos sobre el VIH en general (por ejemplo, indicar que ser receptor sin protección en la relación anal es muy arriesgado). Los proveedores deben recordar centrar la conversación en explorar las conductas y circunstancias específicas del cliente.
6. Recuerde estar atento a las fortalezas y a la capacidad para sobreponerse, al igual que a los riesgos. La discusión de la conducta de riesgo puede hacer que el cliente se sienta vulnerable y avergonzado. Es importante que los proveedores se percaten de las veces en que los clientes han mostrado fortaleza y capacidad para reponerse.
7. Esta etapa es clave para ayudar al cliente a que decida cuál sería un paso de reducción de riesgo apropiado para él/ella; por lo que deben dedicar tiempo a examinar detenidamente la etapa.

Sesión 1 - Etapa 4. Repase las experiencias previas de reducción de riesgo

Objetivo

Los propósitos de esta etapa son descubrir y reconocer los pasos positivos del cliente para reducir su riesgo de infectarse con VIH, explorar las barreras que impiden otras maneras en que el cliente puede reducir su riesgo y, brindar apoyo y refuerzo a los esfuerzos del cliente para reducir el riesgo.

Duración: 2-4 minutos

Etapa 4: Repase las experiencias previas de reducción de riesgo

1. **Evalúe patrones de conducta de riesgo**
2. **Identifique los intentos exitosos de tener sexo con protección**
3. **Identifique obstáculos que afectan la reducción de riesgo**
4. **Explore los factores precipitantes y las situaciones que aumentan la probabilidad de manifestar una conducta de alto riesgo**
5. **Explore la comunicación relacionada con el riesgo**
6. **Discuta con el cliente el nivel de riesgo aceptable que éste tiene**
7. **Preste atención a las contradicciones que se puedan identificar para crear disonancia**



1. Evalúe patrones de conductas de riesgo. ¿Esta conducta ocurre frecuente, ocasionalmente o fue una sola vez? Los patrones podrían ser más difícil de cambiar.
2. Identifique los intentos exitosos de tener relaciones sexuales con protección. Pregunte acerca de cualquier cambio que el cliente haya comenzado a hacer para reducir su riesgo de contraer el VIH. Apoye y refuerce cualquier actividad de reducción de riesgo, no importa cuán pequeña sea. Explore los diversos asuntos contextuales.
3. Identifique obstáculos para la reducción de riesgo. Esta discusión permite que el cliente hable acerca de qué él o ella ha hecho para reducir el riesgo y los retos que ha enfrentado. También brinda introspección al proveedor en cuanto a las fortalezas y dificultades que el cliente tiene para reducir los riesgos de contraer el VIH.
4. Explore los factores precipitantes y las situaciones que aumentan la probabilidad de manifestar una conducta de alto riesgo. Hable con el cliente de los problemas contextuales que tienen más probabilidades de que resulten en que el cliente participe en una conducta de alto riesgo.
5. Explore la comunicación relacionada con el riesgo. Evalúe cuán cómodo se siente el cliente y su capacidad para hablar del VIH con sus parejas actuales o futuras. Recuerde validar las maneras en que el cliente se protege a sí mismo, al igual que a su pareja. Si al cliente se le dificulta discutir o articular sus experiencias con la reducción del riesgo de contraer VIH, podría ayudar si le preguntara qué piensan o qué hacen sus amigos en cuanto a la prevención del VIH.

6. Discuta con el cliente el nivel de riesgo aceptable que éste tiene. Compruebe frecuentemente con el cliente para evaluar el nivel de riesgo que es aceptable para él o ella. No dé por sentado que el cliente tiene el mismo nivel de riesgo aceptable que tiene usted.
7. Preste atención a las contradicciones que puedan identificarse para crear disonancia. Estas discusiones podrían resultar en la revelación de creencias y de conductas contradictorias del cliente. Escúchelas y señálelas según sea conveniente.
8. Corrija las interpretaciones erróneas según necesario. Provea información y corrija interpretaciones erróneas importantes según sea necesario, para aumentar la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo.

Reformulación

Algunas de las características importantes de la reformulación incluyen:

- Ayuda al cliente a que se sienta empoderado en su situación.
- Ayuda al cliente a romper con el pensamiento autoderrotista o constrictivo.
- Ofrece una alternativa, una manera positiva de ver cualquier situación.

Puntos que deben tener en mente los consejeros:

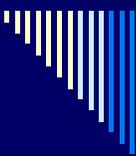
- Asegúrese de que los clientes son capaces de procesar y comprender la idea.
- Ofrezca la idea reformulada a manera de propuesta.
- Asegúrese de que la reformulación sea realista.
- Conceda tiempo a los clientes para que reflexionen sobre la idea.
- Evite juzgar, por ejemplo: «Es fantástico que esté utilizando condones ocasionalmente; ahora todo lo que tiene que hacer es usarlos todo el tiempo».
- Observe el lenguaje corporal del cliente en respuesta a la reformulación.

Sesión 1 – Etapa 5. Resuma el incidente de riesgo y los patrones de riesgo

Objetivo

El propósito de esta etapa es resumir y describir la conducta de riesgo del cliente al identificar los patrones de conducta de riesgo del cliente y notar cosas y situaciones específicas que llevan al cliente a manifestar una conducta de alto riesgo.

Duración: 3-4 minutos



Etapa 5: Resuma el incidente de riesgo y los patrones de riesgo

1. **Comparta su reacción (feedback) en cuanto al riesgo del cliente**
2. **Resuma la información**
3. **Identifique el patrón de conducta de riesgo**
4. **Identifique los factores precipitantes**
5. **Preste atención a las contradicciones**
6. **Comuniqué preocupación y urgencia acerca del riesgo**
7. **Anime y apoye al cliente a que preste atención al riesgo**



1. Dé su reacción (retroalimentación) acerca del riesgo del cliente.
Reconozca la realidad de los riesgos del cliente.
2. Resuma la información. Repase los riesgos que ha escuchado y los problemas contextuales que rodean los riesgos. Resuma con empatía y sin juzgar. Llegue a un acuerdo o solicite clarificación en cuanto a lo que usted ha escuchado y entendido.
3. Identifique el patrón de conducta de riesgo. Los patrones pueden ser importantes. Una conducta que se manifiesta frecuentemente podría presentar un riesgo mayor que una que ha ocurrido sólo una vez. Ayude al cliente a que se percate de cómo el patrón puede estar cambiando; esto es: «De lo que me ha dicho, parece que esto ocurre con más frecuencia que antes. ¿Cómo le preocupa eso a usted?»

4. Identifique los factores precipitantes. Los factores precipitantes contribuyen a que se tomen riesgos. Evitar o cambiar los factores precipitantes podría resultar en un aumento en la capacidad para evitar o cambiar la conducta de riesgo. Los ejemplos incluyen: «Tal parece que cuando consume alcohol, está más propenso a tener relaciones sexuales sin protección. ¿Es así?» o «Parece que usted tiende a frecuentar los baños cuando se siente deprimido».
5. Preste atención a las contradicciones. Éste es otro momento en la sesión cuando los clientes podrían manifestar pensamientos o conductas contradictorias.
6. Comunique preocupación y sentido de urgencia acerca del riesgo y las consecuencias de la conducta. Un proveedor que sea capaz de transmitir un sentido adecuado de urgencia y de preocupación en cuanto al riesgo puede ayudar a los clientes a entender cómo sus creencias y actos afectan el riesgo. Ciertos proveedores evitan comunicar el sentido de urgencia porque los proveedores temen que se les perciba como que pasan juicio. Los proveedores pueden transmitir urgencia a la vez que se muestran compasivos. Por ejemplo, un proveedor puede decir: «Parece como que usted está haciendo muchas cosas riesgosas. Estoy verdaderamente preocupado con eso. De lo que me ha dicho, usted tiene un riesgo real de contagiarse con VIH y eso me preocupa».
7. Anime y apoye al cliente a que preste atención al riesgo. Esta discusión no sólo ofrece un punto de vista objetivo ante la situación del cliente, sino que también aumenta la probabilidad de que el cliente trabaje con usted para desarrollar un paso gradual para reducir el riesgo de contraer VIH. Esta actividad viene a ser la base para desarrollar un paso de reducción de riesgo.

Sesión 1 - Etapa 6. Negocie el paso de reducción de riesgo

Objetivo

En esta etapa, usted y el cliente negociarán un paso específico y gradual de reducción de riesgo que el cliente pueda dar.

Duración: 4-5 minutos

Etapa 6: Negocie un paso de reducción de riesgo

1. Dé prioridad a la conducta de riesgo
2. Explore la conducta con la que el cliente se sentirá más motivado a cambiar
3. Identifique un paso razonable
4. Divida el paso en actos específicos
5. Pida al cliente que esté consciente de las fortalezas y los retos al implementar el paso
6. Documente el paso



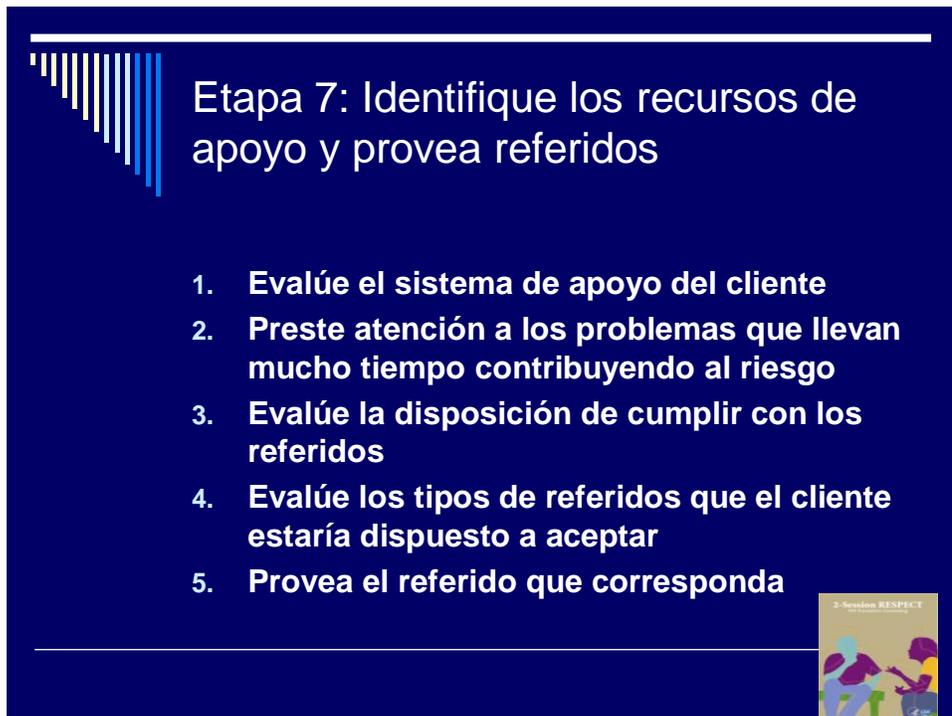
1. Dé prioridad a la conducta de reducción de riesgo. Los clientes podrían presentar una diversidad de asuntos problemáticos en sus vidas. Recuerde que la función suya es ayudarles a reducir el riesgo que tienen de contraer VIH. Identifique las conductas de riesgo que el cliente ha descrito, incluyendo las que presentan un riesgo mayor de contraer el VIH. Pregunte al cliente cuáles son las conductas a las que él o ella cree que debe prestar mayor atención.
2. Explore las conductas con las que el cliente se sentirá más motivado a cambiar. Considere las conductas que más preocupan al cliente. Desarrolle una meta conductual de reducción de riesgo del VIH. Una meta conductual de reducción de riesgo puede definirse como una conducta que de por sí elimina o reduce el riesgo de transmisión.
3. Identifique un paso razonable. Dé apoyo al cliente en el desarrollo de un paso de reducción de riesgo. Ese paso de reducción de riesgo es un aspecto importante de la sesión de consejería para la prevención. Ayude al cliente a elegir una sola meta conductual que éste quiera verdaderamente cambiar, sea capaz de cambiar y adecuada a su riesgo principal. Apoye y estimule al cliente para que pueda desarrollar un paso de reducción de riesgo.
4. Divida el paso en actos específicos. Pida al cliente que sea específico en cuanto al paso. El paso debe formularse en actos pequeños y detallados para asegurarse que el cliente puede hacerlo antes de la próxima sesión. El paso también debe ser específico a la meta conductual. Evite apoyar un paso de reducción de riesgo que conlleve cambios irrazonables o radicales en la vida del cliente. Como resultado

Sesión 1 - Etapa 7. Identifique los recursos de apoyo y provea referidos

Objetivo

El propósito de esta etapa es identificar los recursos que ayudarán a aumentar la capacidad del cliente para reducir riesgo.

Duración: 1-2 minutos



Etapa 7: Identifique los recursos de apoyo y provea referidos

1. **Evalúe el sistema de apoyo del cliente**
2. **Preste atención a los problemas que llevan mucho tiempo contribuyendo al riesgo**
3. **Evalúe la disposición de cumplir con los referidos**
4. **Evalúe los tipos de referidos que el cliente estaría dispuesto a aceptar**
5. **Provea el referido que corresponda**



Puntos clave

1. Evalúe el sistema de apoyo del cliente. El propósito de hacer esto es identificar los pares, la comunidad y el apoyo profesional para la reducción de riesgo del VIH. Explore los posibles recursos de apoyo con el cliente.
2. Preste atención a los problemas que llevan mucho tiempo contribuyendo al riesgo. A pesar de que el foco de la sesión está en el desarrollo de un paso pequeño de control de riesgo, el cliente podría tener problemas que llevan mucho tiempo contribuyendo al riesgo. Por ejemplo, un cliente podría visitar los clubes cinco noches por semana. Él sabe que en las noches en las que toma más de tres tragos, está más propenso a tener una conducta de más riesgo que lo haría sentir incómodo. El cliente podría elegir limitar su consumo de alcohol a un

trago por noche en los días de semana. Es posible que el cliente tenga un problema mayor y de mucho tiempo con el uso de alcohol, para el cual un referido sería beneficioso.

3. Evalúe la disposición de cumplir con los referidos. Verifique con el cliente explícitamente acerca de su disposición para cumplir con los referidos. No es conveniente darle referidos a un cliente que no esté listo. Es posible que hayan barreras logísticas para que el cliente cumpla con los referidos, las cuales usted podría aminorar.
4. Evalúe los tipos de referidos que el cliente estaría dispuesto a aceptar. Pregunte al cliente qué tipos de referidos está más dispuesto a aceptar. Los mismos pueden incluir problemas tales como los tipos de servicios y la ubicación de los servicios.
5. Provea el referido que corresponda. El mismo se hace luego de que el proveedor ha evaluado la disposición del cliente para aceptar los referidos, al igual que los tipos de referidos que el cliente está dispuesto a aceptar. Evite abrumar al cliente con muchos referidos. Un solo referido, apropiado, con frecuencia es más efectivo que varios referidos a múltiples servicios de apoyo. El referido podría formar parte del paso de reducción de riesgo. Sin embargo, el referido no debe ser la totalidad del paso de reducción de riesgo, a menos que no haya otra alternativa.

Componentes de referidos efectivos:

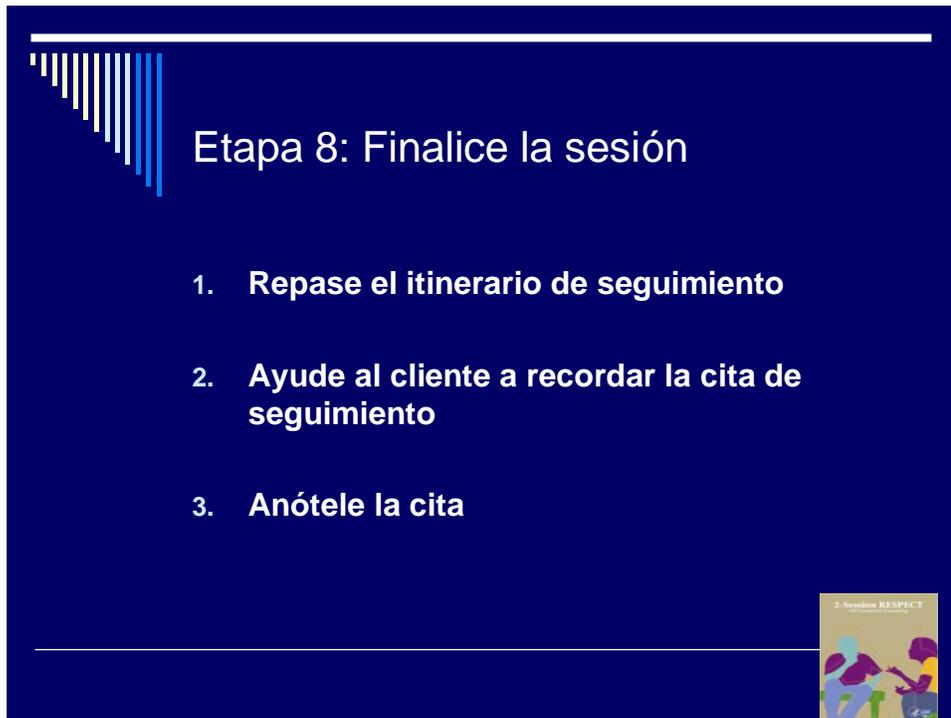
- Ayudar al cliente a definir prioridades y a desear acceso a otros servicios
- Brindar opciones, no instrucciones
- Referir a servicios conocidos, confiables y apropiados
- Actualizar frecuentemente los referidos
- Desarrollar un plan de seguimiento
- Dar un nombre si es posible
- Escribir con un propósito claro
- Evaluar la respuesta del cliente al referido

Sesión 1 - Etapa 8. Finalice la sesión

Objetivo

El propósito de esta etapa es motivar al cliente a que regrese a la próxima cita.

Duración: 3-5 minutos



Etapa 8: Finalice la sesión

1. **Repase el itinerario de seguimiento**
2. **Ayude al cliente a recordar la cita de seguimiento**
3. **Anótele la cita**



1. Repase el itinerario de seguimiento: Esta etapa debe ayudar a asegurar que el cliente regrese a su segunda sesión.
2. Maneras de recordar la cita de seguimiento. Pregunte al cliente cuál es la mejor manera de que él o ella cumpla con las citas. Ésta es una oportunidad clave para motivar al cliente a que regrese. Si el cliente parece ansioso en cuanto a recibir el resultado, exhórtelo a que traiga a un amigo o a un familiar cuando vuelva a su próxima sesión.
3. Anótele la cita. Escriba el día, la fecha, la hora y el lugar de la cita en el reverso del formulario del paso de reducción de riesgo. Si su organización localiza a los clientes para darles seguimiento, solicite la información de contacto.

4. Proceda con el protocolo de la agencia para coleccionar la muestra de la prueba o finalice la sesión. Si está implementando RESPETO en un contexto de prueba, se deben seguir los protocolos habituales. Es importante agradecer al cliente por su gran esfuerzo y estimularlo a que continúe con el plan al momento de finalizar la sesión, y estimularlo a que regrese a las citas de seguimiento.

Cómo desarrollar, implementar y mantener la garantía de calidad

Introducción

La garantía de calidad es uno de los elementos centrales del modelo de consejería RESPETO para la prevención del VIH y, como tal, es crítico para la integridad de esta intervención. La garantía de calidad es un proceso continuo que pretende asegurar que los proveedores pongan en práctica el modelo de consejería RESPETO para la prevención del VIH en su totalidad según descrito en el material de intervención.

El estudio del Proyecto RESPETO encontró que esta intervención produjo una reducción significativa en las tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y un aumento en el uso de condones entre los participantes en el estudio (vea Apéndice A). Aunque esta investigación se condujo en muchos lugares, se obtuvieron resultados comparables en todos ellos porque todos siguieron los procedimientos de garantía de calidad.

Esta sección provee recomendaciones de cómo implementar y mantener la garantía de calidad en organizaciones que llevan a cabo consejería para la prevención del VIH, pruebas, referidos y una gama de servicios donde se puede utilizar el modelo RESPETO. Éstas se incluyen para ayudar a estas organizaciones a implementar esta intervención basada en evidencia de manera uniforme.

Garantía de calidad para RESPETO

Para propósitos de este paquete de consejería RESPETO para la prevención del VIH, el foco de garantía de calidad está en la prestación de la intervención de consejería en sí y no incluye las recomendaciones del protocolo de garantía de calidad para otros aspectos del servicio, tales como pruebas, consentimiento informado o consejería en la decisión de prueba.

La garantía de calidad conlleva evaluación, análisis crítico y creación de estrategias. Estas tareas pueden llevarse a cabo mediante una variedad de actividades que incluyen

- Adiestramiento y educación continuada (tanto para proveedores como para supervisores).
- Observación periódica con evaluaciones de seguimiento y supervisión

para darle apoyo a los proveedores que llevan a cabo las sesiones de consejería.

- Revisión de expedientes para asegurar una documentación adecuada, precisa y uniforme.
- Conferencias de casos periódicas para discutir reuniones de consejería en específico. Las conferencias de caso también sirven como medio para desarrollar las destrezas del personal y para mantener uniformidad en la prestación de la intervención.

Estrategias para la implementación y mantenimiento de la garantía de calidad

Guía de garantía de calidad

Cuatro elementos de garantía de calidad en RESPETO:

- Adiestramiento y educación continuada
- Observación y retroalimentación (feedback) periódicas
- Conferencias de casos periódicas
- Revisión de expedientes



Adiestramiento

El adiestramiento incluye talleres sobre el modelo de consejería RESPETO para la prevención del VIH. El adiestramiento repasa los conceptos y destrezas básicas de la consejería en VIH, repasa detalladamente cada sesión, provee la oportunidad a los participantes de practicar la consejería RESPETO y repasa las actividades de garantía de calidad. El adiestramiento en la consejería RESPETO para la prevención del VIH también ofrece un contexto en el que los proveedores y supervisores pueden poner en práctica sus destrezas.

Previo a tomar el adiestramiento en la consejería RESPETO para la prevención del VIH, los proveedores y supervisores deben estar capacitados en destrezas y conceptos de consejería, al igual que en elementos básicos del VIH, tales como información de las rutas de transmisión e información de las políticas estatales y locales. Este adiestramiento se asegura de que todos los proveedores y

supervisores tengan información con un trasfondo similar en cuanto a la consejería y que comprenden los elementos básicos de la consejería para VIH.

Observación periódica de las sesiones de consejería

La observación de las sesiones de consejería es el proceso en el que un supervisor o proveedor de mayor rango observa directamente una sesión o la evalúa al escuchar una grabación de la sesión. Para asegurar la calidad de la consejería, la adherencia al protocolo y la uniformidad en la prestación de la intervención por parte de todo el personal de consejería, se recomienda que se observen o se graben las sesiones periódicamente. La observación y la retroalimentación que hagan los supervisores o proveedores de mayor rango han probado ser efectivas en asegurar que los proveedores comprendan cómo llevar a cabo la consejería y mantener la integridad del protocolo.

Al observar las sesiones de consejería, el supervisor o el proveedor principal puede evaluar si se siguen los protocolos. La observación puede ayudar también a evaluar el estilo de consejería del proveedor y si él o ella hacen uso de los conceptos clave de consejería (por ejemplo, lenguaje corporal abierto, lenguaje imparcial). Vea el Apéndice E para los formularios de garantía de calidad.

Procedimientos para la observación

Los supervisores pueden observar a los proveedores en persona o puede grabarse cualquier sesión con el fin de evaluarla posteriormente. De un modo o de otro, es importante que el cliente esté enterado y permita que se observe o se grabe la sesión. Además, el cliente debe entender que él o ella puede rehusarse a tener a un observador en el salón y que puede solicitarle que se vaya en cualquier momento. Si se va a observar al proveedor directamente, él o ella debe explicar al cliente que el observador se enfocará en las destrezas de consejería durante la sesión y no en los asuntos que manifieste el cliente

Para disminuir cualquier ansiedad y ayudar a preparar al proveedor, se recomienda que el observador planifique de antemano la observación y discuta cualquier ansiedad que el proveedor pudiera tener en cuanto al proceso de observación. También se recomienda que el observador trate de sentarse de manera que pueda observar al proveedor sin interferir con la interacción entre el proveedor y el cliente. El observador debe evitar sentarse dentro del campo visual del cliente o del proveedor. Es fundamental que el proveedor mantenga control de la sesión; por ende, se recomienda que el observador evite cualquier discusión durante la sesión.

Se deben tomar en consideración los protocolos y políticas de la agencia cuando se determine el momento para hacer la observación. Puede ser conveniente para los proveedores nuevos que observen varias veces determinado tipo de sesión de consejería previo a que les observen llevando a cabo el mismo tipo de sesión. Cuando un proveedor nuevo comienza a conducir las sesiones, un proveedor con experiencia o un supervisor debe observarle hasta que se determine que él o ella está lo suficientemente diestro en la intervención. Si la agencia completa está comenzando a usar la consejería RESPETO para la prevención del VIH, los supervisores y proveedores podrían turnarse para observarse uno al otro o podrían buscar ayuda técnica.

Luego del adiestramiento, la observación periódica de las sesiones de consejería por lo general ayuda a asegurar un trabajo de alta calidad. Basado en el número de clientes que la agencia suya atiende, o los requerimientos de su agencia, la organización suya puede escoger variar la frecuencia en que se observa al personal.

Cumplimiento con los formularios de garantía de calidad

Se adjuntan tres formularios de garantía de calidad para las evaluaciones de la sesión. El propósito de la observación es evaluar la adherencia a los protocolos de intervención. Estos formularios ayudarán a brindar un análisis crítico a los proveedores. Los formularios están diseñados a la medida específica del protocolo y al contenido de cada sesión.

Las partes sombreadas del formulario representan las etapas del protocolo. Las partes no sombreadas son las tareas específicas que se deben lograr en cada etapa. Los formularios están diseñados para que el observador anote si el proveedor ha cumplido o no ha cumplido con las expectativas de la etapa. Los formularios siguen la estructura y el curso del protocolo en las tarjetas del proveedor. Debido a la naturaleza de la interacción de la consejería, el cliente podría presentar problemas en cierta manera que no sigue el orden del protocolo. Tal desviación del flujo del protocolo no se debe a que el proveedor haya fallado en seguir el protocolo. Sin embargo, un proveedor diestro debe ser capaz de encarrilar la sesión de acuerdo con el protocolo y hacer que la discusión siga el orden apropiado.

Los formularios de garantía de calidad incluyen tres clasificaciones: «logrado», «no logrado» y «no aplica». En general, cada etapa del protocolo a menudo se cumple en cada sesión. Una clasificación de «logrado» denota que se ha completado la tarea y hay adherencia al protocolo. Si la tarea no se dio o se pasó por alto totalmente, la clasificación deber ser «no logrado». La columna de «no aplica» se usa cuando alguna etapa de la sesión no es relevante a un cliente en particular y cuando la redundancia del modelo hace que algún ítem sea innecesario. Estos formularios pueden modificarse para que se ajusten a las necesidades de las agencias que los implementan.

Vea Apéndice E para los formularios de garantía de calidad.

Actividades después de la observación

Las sugerencias a continuación se incluyen para ayudar al supervisor o proveedor de mayor rango que está de observador a ofrecer su retroalimentación.

- Pida al proveedor que opine en cuanto a qué hizo bien y qué pudo haber hecho mejor. Esto incorpora al proveedor en el proceso, clarifica lo que él o ella percibe como dificultades al igual que las fortalezas de la sesión observada, facilita un acuerdo en el proceso y agiliza la creación de estrategias para desarrollo del personal.
- Sea específico. Identifique específicamente los asuntos de contenido y prestación de la intervención por etapa y, de ser posible, por las guías del protocolo. Mientras más específica sea la retroalimentación, más útil será para el desarrollo del proveedor.
- Identifique los aspectos que necesitan modificarse luego de discutir la calidad del trabajo. Enfóquese primero en los aspectos positivos. Discuta la calidad del trabajo, transmitiendo las cosas que el proveedor hizo bien. Luego, a la vez que provee apoyo, discuta los aspectos «no logrados» sin emitir juicio. Ello ayudará al proveedor a que explore la observación y discuta alternativas de cómo manejar la situación. Enfóquese en lo que el proveedor puede hacer y no en asuntos que el proveedor no puede controlar.

- Enfóquese en las áreas principales que hay que fortalecer. Esto es sumamente importante si el asunto se ha discutido previamente con el proveedor. Enfóquese en fortalecer áreas en vez de enfocarse en problemas, ya que es más fácil comprender y utilizar la información de las áreas que necesitan fortalecerse. Si algún proveedor presenta dificultad para seguir el protocolo, él o ella puede beneficiarse de adiestramiento individual adicional o de observación más frecuente. Es posible que un miembro del personal, abrumado con reacciones correctivas, no pueda hacer cambios. Si el proveedor puede mejorar en algunas áreas, dé prioridad a los asuntos clave en vez de trabajar con todos. Esta discusión debe hacerse con mucho cuidado para asegurar que la misma sea colaborativa y de utilidad. Igual que en el modelo de consejería RESPETO, permita que el proveedor desarrolle el paso o los pasos que le ayudarán a desarrollar el conocimiento y la destreza para prestar esta intervención en consejería según se diseñó.
- Utilice la información de las observaciones para posibles discusiones de temas durante las conferencias de casos. Si la sesión fue particularmente interesante, sería útil discutirla con un grupo.

Revisión de expedientes

Su agencia puede que tenga ya la revisión de expedientes como parte de los procedimientos continuos de garantía de calidad. El propósito de revisar los expedientes para RESPETO es asegurar una documentación uniforme de las sesiones de consejería y tener algunos indicadores del contenido de la sesión. Además de cumplir con los requisitos clave de datos relacionados con la prueba, tales como características demográficas, fecha, consentimiento, entrega de los resultados de la prueba, etc., los datos recopilados al llevar a cabo una sesión de consejería RESPETO incluyen indicadores como:

- Riesgos y circunstancias principales relacionadas con el incidente de riesgo más reciente que tuvo el cliente (para determinar si la sesión se enfocó en el riesgo y circunstancia más reciente)
- Fecha del incidente más reciente
- El paso de reducción de riesgo (para determinar si es realista, gradual y alcanzable)
- Referidos y la razón para el referido (que el referido sea apropiado)

Cómo proveer una evaluación crítica en cuanto a la revisión de expedientes

Ya que recibir una evaluación crítica inmediata es muy útil, se recomienda que los supervisores den su análisis al proveedor lo más pronto posible luego de una revisión de expediente.

Frecuencia de la revisión de expedientes

Para una revisión de expedientes periódica, siga las políticas y procedimientos de su agencia.

Conferencias de casos y/o supervisión individual periódicas

Las conferencias de casos son reuniones de adiestramiento entre el personal, tanto en un grupo como individual, para propósitos de supervisión. Proveen una oportunidad para que los supervisores y proveedores puedan intercambiar un análisis crítico constructivo. Las conferencias de casos también proveen la oportunidad de discutir asuntos importantes y de crear un equipo de consejería colaborativo y competente. También pueden ser un medio efectivo para dar apoyo al personal de consejería y ayudar a prevenir el agotamiento.

Las actividades de conferencia de casos pueden variar. A continuación hay una lista de posibles actividades para una revisión de caso grupal. Todas estas actividades dan la oportunidad a los proveedores de aprender unos de otros.

1. Presente sesiones que representen un reto, que sean interesantes y efectivas. Al presentar una sesión, los proveedores deben ofrecer una descripción breve del cliente y su situación, asuntos o preocupaciones únicas que presente el cliente, un recuento del contenido de la sesión y adherencia al protocolo y preguntas o preocupaciones. Las sesiones deben llevarse a cabo respetando la confidencialidad del cliente, minimizando datos específicos para evitar la identificación del cliente.
2. Dramatice los casos, en particular los difíciles, para crear estrategias y practicar técnicas nuevas.
3. Practique utilizando los materiales incluidos en el paquete tales como las tarjetas del proveedor y los formularios de observación.
4. Discuta y revise las etapas de la consejería RESPETO. Por ejemplo, si los proveedores sienten que están teniendo problemas con la discusión de la reducción de riesgo, el supervisor puede dirigir una discusión para identificar asuntos específicos e identificar maneras para superar la incomodidad de discutir los riesgos de un cliente.
5. Enfoques alternos en la solución de problemas para lidiar con clientes y asuntos difíciles.
6. Desarrolle o aumente las destrezas de consejería. Discuta las sesiones difíciles y emocionalmente cargadas en un ambiente de apoyo.

Si usted es un supervisor o uno de los proveedores que no está presentando, ofrezca retroalimentación que refuerce y dé apoyo. Discuta y repase las etapas del protocolo y desarrolle estrategias para métodos alternos que lidien con clientes y asuntos difíciles. Puede ser útil usar la dramatización para practicar enfoques alternos.

Frecuencia de las conferencias de casos

Las conferencias de casos pueden ser un instrumento muy poderoso para el desarrollo del personal y para brindar apoyo. La programación mensual de conferencias para responder a las necesidades del personal aumentará la capacidad de la agencia para desarrollar y sustentar la prestación uniforme de esta intervención.

Sesión 2: Etapas en común

SESIÓN 2

Etapas del protocolo	Duración: (en minutos)
1. Enmarque la sesión y oriente al cliente a. (Dé resultado de la prueba)	2-10
2. Repase el paso de reducción de riesgo	4-5
3. Revise el paso de reducción de riesgo	4-5
4. Identifique recursos de apoyo para el paso de reducción de riesgo	1-2
5. Provea referidos	1-2
6. Finalice la sesión	1-2
Tiempo total:	13-26

Antes de la sesión:

- Repase las notas correspondientes a la Sesión 1.
- Repase los detalles específicos del paso de reducción de riesgo, y los problemas particulares del cliente y las vulnerabilidades que pudieran afectar el intento de éste de cambiar las conductas de riesgo relacionadas con el VIH.

Sesión 2: Etapas en común

1. **Enmarque la sesión y oriente al cliente**
 - a) **(Dé resultado de la prueba)**
2. **Repase el paso de reducción de riesgo**
3. **Revise el paso de reducción de riesgo**
4. **Identifique recursos de apoyo para el paso de reducción de riesgo**
5. **Provea referidos**
6. **Finalice la sesión**



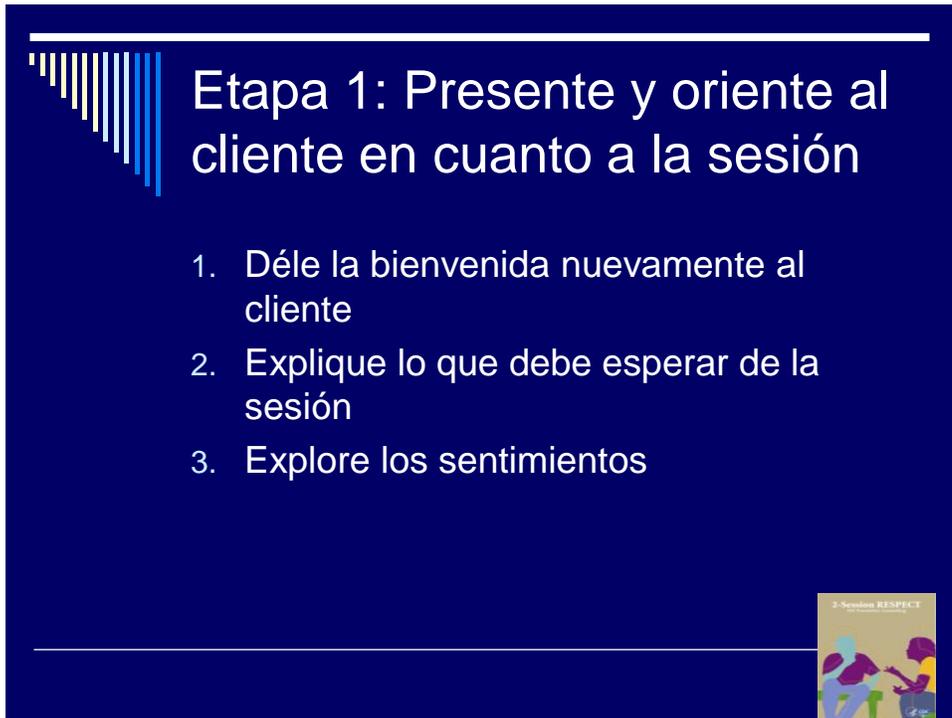
- ◆ Estos son los elementos esenciales de la segunda sesión, independientemente del contexto. La única diferencia es la entrega del resultado de la prueba.
- ◆ El enfoque está en repasar el paso anterior de reducción de riesgo y crear pasos revisados o nuevos para aproximarse a la meta de prevención a largo plazo.
- ◆ Cada proveedor estará más capacitado para adaptar el modelo a su lugar de trabajo.
- ◆ En lugares en que el proveedor está en contacto continuo con el cliente, como los Servicios Integrales de Consejería en Riesgo (CRCS, por sus siglas en inglés) o intervenciones de Prevención con Positivos (PWP, por sus siglas en inglés), la segunda sesión puede repetirse más de una vez (esto es, pueden haber procesos continuos de repaso y revisión de los pasos de reducción de riesgo).
- ◆ Igual que en la primera sesión, el proveedor siempre está en busca de oportunidades para aumentar la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo.

Sesión 2 - Etapa 1. Enmarque la sesión y oriente al cliente

Objetivo

El propósito de esta etapa es darle la bienvenida al cliente cuando regrese, dejarle saber qué esperar en la sesión y explorar los sentimientos que éste tiene.

Duración: 2-10 minutos



Etapa 1: Presente y oriente al cliente en cuanto a la sesión

1. Déle la bienvenida nuevamente al cliente
2. Explique lo que debe esperar de la sesión
3. Explore los sentimientos

Pasos para la etapa 1

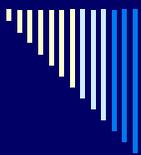
1. Vuelva a darle la bienvenida al cliente. Ayude a que el cliente se sienta cómodo. El refuerzo positivo puede comenzar ahora reconociendo que el cliente ha regresado.
2. Explique qué debe esperar en la sesión. Los clientes podrían sentirse menos ansiosos y enfocarse mejor en la sesión si saben qué esperar.
3. Explore los sentimientos. No presuponga nada en cuanto al estado mental del cliente. Pregunte al cliente cómo se siente en cuanto a la pasada sesión que tuvieron. Pregunte cómo se ha sentido desde la última sesión que tuvieron.

Sesión 2 - Etapa 2. Repase el paso de reducción de riesgo

Objetivo

En esta etapa, usted y el cliente repasan el paso que el cliente acordó seguir para la reducción de su riesgo, y la experiencia que tuvo al poner en práctica el paso de reducción de riesgo. Otro objetivo es dar apoyo y reforzar los intentos del cliente para poner en práctica el paso.

Duración: 4-5 minutos



Etapa 2: Repase el paso para la reducción de riesgo

1. Evalúe los esfuerzos del cliente para poner en práctica el paso de reducción de riesgo
2. Provea estímulo y apoyo
3. Identifique fortalezas y barreras
4. Resolución de problemas



1. Evalúe los esfuerzos con el paso de reducción de riesgo. Verifique con el cliente cómo le fue con el paso anterior de reducción de riesgo.
2. Anímelo y apóyelo. Preste atención a cualquier progreso que haya tenido el cliente en cumplir con su paso. Recuérdele la importancia continua de reducir el riesgo.
3. Identifique las fortalezas y las barreras. Identifique explícitamente las maneras en que el cliente pudo progresar con el paso de reducción de riesgo. Ayúdelo a que identifique las maneras en que se sintió retado.
4. Identifique recursos de apoyo. Pregunte al cliente de dónde él o ella obtiene apoyo en su vida. ¿Puede el cliente recibir apoyo por los esfuerzos de reducción de riesgo en los mismos lugares donde obtiene apoyo para otros asuntos?

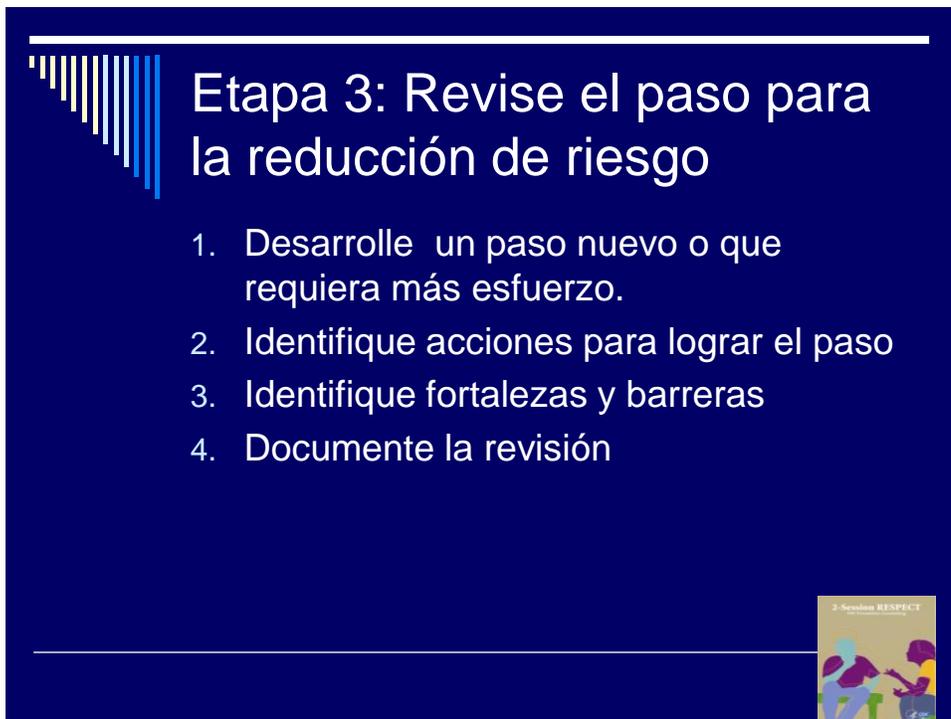
5. Asuntos relacionados con la solución de problemas. Ayude al cliente a identificar las maneras en que puede trabajar hasta el final o con los asuntos que obstaculizan su progreso con el paso de reducción de riesgo.

Sesión 2 - Etapa 3. Revise el paso de reducción de riesgo

Objetivo

El propósito de esta etapa es renegociar un paso de reducción de riesgo nuevo o revisado.

Duración: 4-5 minutos



Etapa 3: Revise el paso para la reducción de riesgo

1. Desarrolle un paso nuevo o que requiera más esfuerzo.
2. Identifique acciones para lograr el paso
3. Identifique fortalezas y barreras
4. Documente la revisión

2 Sessions RESPECT

Pasos para la etapa 3

1. Desarrolle otro paso o uno que requiera más esfuerzo. Trabaje con el cliente para desarrollar un nuevo paso de reducción de riesgo basado en la experiencia que tuvo con el paso anterior. ¿Han cambiado sus prioridades por alguna razón? ¿Cuáles son las preocupaciones en cuanto a infectarse?

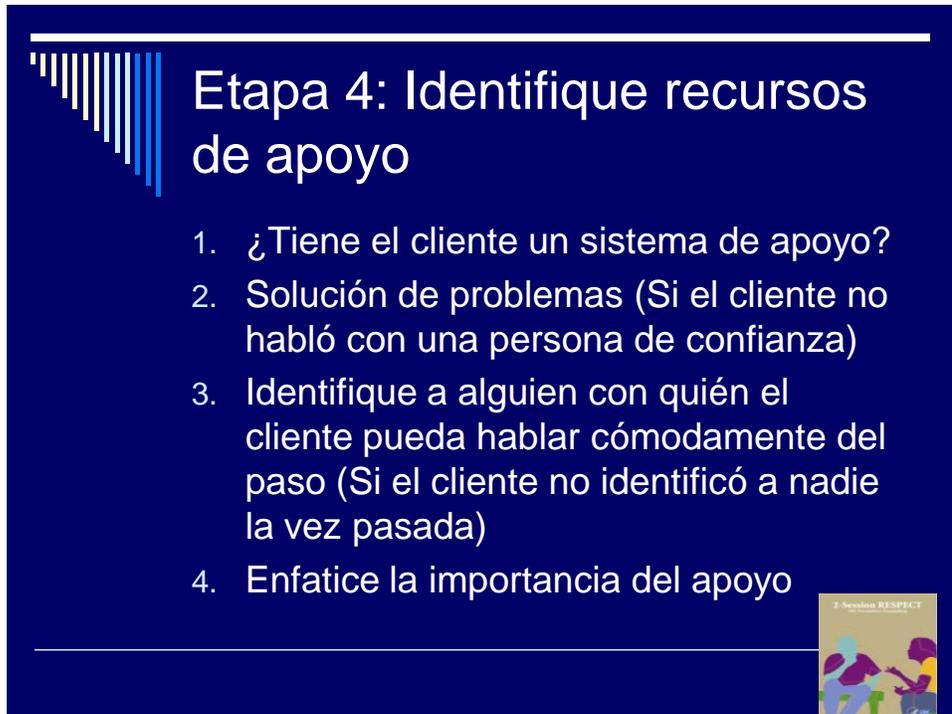
2. Identifique acciones para lograr el paso. Esto será similar a la sesión 1. Hable con el cliente en cuanto a las maneras específicas en que él o ella progresará para lograr el paso.
3. Identifique fortalezas y barreras. Saque partido de la experiencia que tuvo el cliente con el paso anterior de reducción de riesgo para destacar las fortalezas que él o ella trae, al igual que las posibles barreras. Trabaje con el cliente para que utilice las fortalezas y las barreras para solucionar los problemas.
4. Documente las revisiones. Como en la sesión 1, documente la revisión del paso de reducción de riesgo en los expedientes de su agencia. Anote también, para beneficio del cliente y como referencia, los esfuerzos de progreso.
 - Es importante seguir la indicación que trae el cliente cuando manifiesta la posibilidad de un paso nuevo o que requiera más esfuerzo. Un paso nuevo no debe verse como que el cliente ha «fracasado» en lograr el paso anterior, sino como una oportunidad para acercarse a sus metas de prevención del VIH a largo plazo y para aprovechar el éxito anterior.

Sesión 2 - Etapa 4. Identifique recursos de apoyo

Objetivo

El objetivo de esta etapa es identificar los recursos que ayudarán a aumentar la capacidad del cliente para reducir riesgo.

Duración: 1–2 minutos



Etapa 4: Identifique recursos de apoyo

1. ¿Tiene el cliente un sistema de apoyo?
2. Solución de problemas (Si el cliente no habló con una persona de confianza)
3. Identifique a alguien con quién el cliente pueda hablar cómodamente del paso (Si el cliente no identificó a nadie la vez pasada)
4. Enfatice la importancia del apoyo

Pasos para la etapa 4

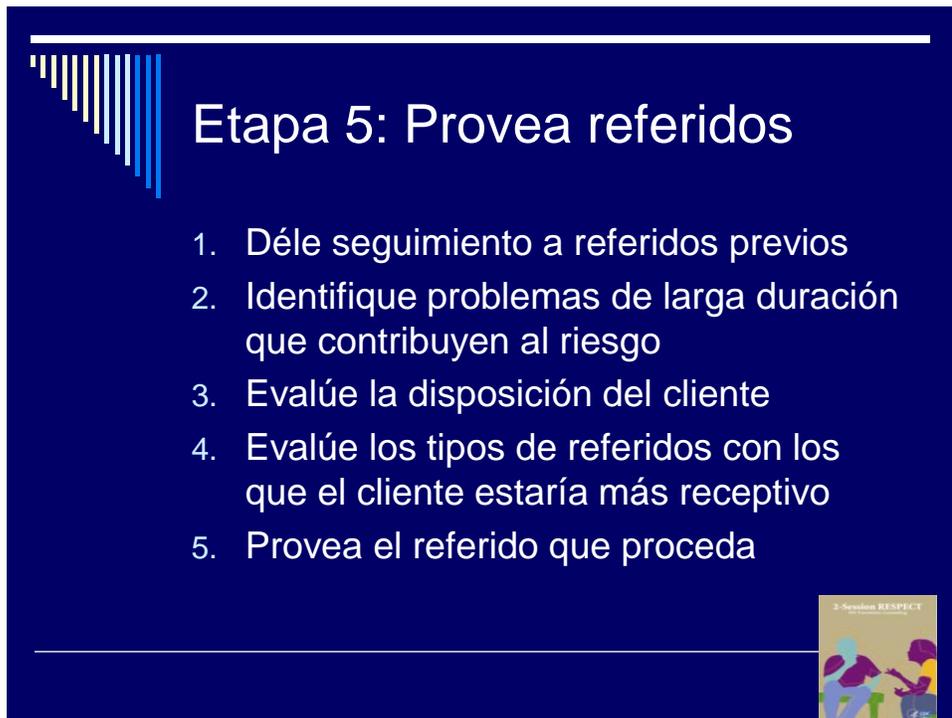
1. ¿Tiene el cliente un sistema de apoyo? Pregunte al cliente a quién él/ella considera como apoyo; si tiene a alguien que sea su sistema de apoyo. ¿Piensa él o ella que el sistema de apoyo sea capaz de brindarle apoyo en estos esfuerzos?
2. ¿Ha compartido el cliente el plan de reducción de riesgo? De ser así, pregúntele cómo le fue. De no ser así, ¿qué evitó que pudiera compartirlo?
3. Opiniones que tienen los pares acerca de la reducción de riesgo. La investigación demuestra que la opinión de los pares, en cuanto a la prevención relacionada con la conducta, es un factor importante en la capacidad del individuo o en su disposición para cambiar conducta.
4. Enfatice la importancia del apoyo. El cambio en conducta puede ser difícil. Discutir las intenciones con otras personas puede generar tanto apoyo como responsabilidad.

SESION 2 - Etapa 5. Provea referidos

Objetivo

El objetivo de esta etapa es asegurarse de que el cliente sabe dónde o a quién pedir ayuda y que planifica darle seguimiento.

Duración: 1–2 minutos



Etapa 5: Provea referidos

1. Déle seguimiento a referidos previos
2. Identifique problemas de larga duración que contribuyen al riesgo
3. Evalúe la disposición del cliente
4. Evalúe los tipos de referidos con los que el cliente estaría más receptivo
5. Provea el referido que proceda

Pasos para la etapa 5

1. Evalúe la disposición para aceptar referidos. Verifique con el cliente sin emitir juicio. Los clientes podrían estar deseosos de establecer contacto con servicios o podrían sentir la necesidad de integrar primero el contenido de la sesión. Asegúrese de no tomar una decisión final si el cliente está renuente en ese momento.
2. Provea los referidos que están directamente relacionados con el paso. Si el cliente está dispuesto a aceptar referidos, enfóquese en los referidos que le ayudarán a progresar en la ejecución del paso específico que él o ella ha identificado.
3. Preste atención a los problemas que llevan mucho tiempo contribuyendo al riesgo. Un cliente que ha venido luchando con un largo historial de abuso de sustancias podría tener un sentido de

urgencia al lidiar con este riesgo en vez de uno sexual. Otro cliente con los mismos problemas podría no compartir las mismas prioridades en lo más mínimo.

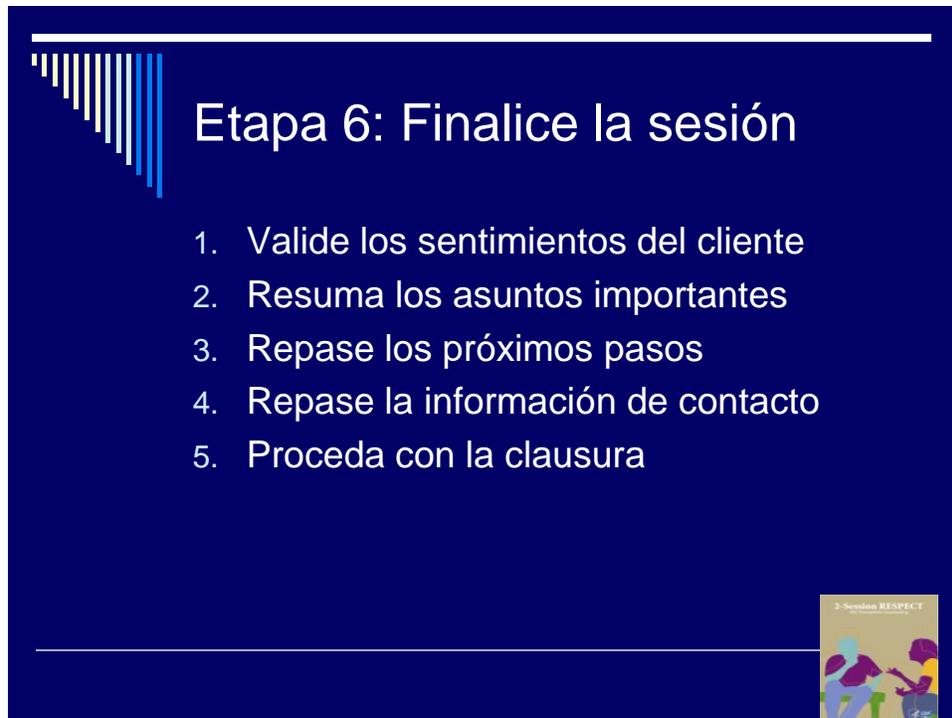
4. Provea los referidos relacionados con el riesgo de mayor duración. Los clientes que estén listos para lidiar con los problemas de mayor duración se beneficiarán de los referidos a servicios apropiados.
 - Esta etapa podría ser muy similar al proceso ya seguido en muchos lugares de trabajo. Las etapas de la sesión no siempre progresan de manera lineal, y los proveedores podrían haberle dado los referidos a los clientes previamente en la sesión.

SESIÓN 2 - Etapa 6. Finalice la sesión

Objetivo

El objetivo de esta etapa es clausurar la sesión con el cliente.

Duración: 1–2 minutos



Etapa 6: Finalice la sesión

1. Valide los sentimientos del cliente
2. Resuma los asuntos importantes
3. Repase los próximos pasos
4. Repase la información de contacto
5. Proceda con la clausura

Pasos para la etapa 6

1. Valide los sentimientos del cliente. Projete al cliente cualquier sentimiento que él o ella haya discutido. Normalice lo que le está pasando a él o ella.
2. Resuma los asuntos importantes. Reitere los puntos importantes que usted ha discutido. Pregúntele si él cree que a usted se le quedó algo fuera.
3. Repase los próximos pasos. Repase nuevamente los próximos pasos que se han discutido en la sesión. Una vez más, pregunte al cliente si cree que se le quedó algo fuera o si él o ella tiene alguna preocupación en cuanto a su capacidad para darle seguimiento.
4. Repase la información de contacto. Dé al cliente toda la información necesaria para que le pueda contactar de ser necesario. Revise la información de contacto de cualquier referido que le haya dado.
5. Finalice la sesión. Dé las gracias al cliente por haber venido. Expresar un agradecimiento genuino.

Sesión 2 - Etapa 1(a): Lugares donde se hace la prueba

Etapa 1(a): Dé resultado de la prueba

1. **Siga los protocolos y los procedimientos usuales**
2. **De ser negativo, proceda con la etapa 2**
3. **Si es positivo, siga la reacción del cliente**
4. **Si es una sola sesión, pregunte cómo o si el resultado impactará los planes para el paso de reducción de riesgo**



1. Siga los protocolos y los procedimientos usuales. Los proveedores deben seguir los protocolos y procedimientos estándares de su agencia, de la jurisdicción local de salud y del estado. Partimos de la premisa de que esto incluye destrezas básicas en consejería, tales como prepararse para dar el resultado, indicar el resultado de manera clara y en un tono neutral, aclarar el significado y evaluar la reacción del cliente.
2. De ser negativo, proceda con la etapa 2. Una vez el cliente ha procesado el resultado, verifique con él o ella acerca del paso original de reducción de riesgo y proceda con el resto de la sesión dos según delineada en las etapas comunes. Recuérdele a los participantes que el estudio de este modelo se llevó a cabo originalmente con una población a la que se le presentó esta misma perspectiva.
3. Si es positivo, siga la reacción del cliente. No asuma que el cliente será o no será capaz de volver a tratar el paso anterior de reducción de riesgo. Los clientes tendrán una gran diversidad de reacciones ante un resultado

positivo en la prueba. Es importante responder a las necesidades inmediatas del cliente tales como el apoyo y los referidos médicos. Las preocupaciones relacionadas con la reducción de riesgo podrían tornarse más urgentes o las prioridades podrían cambiar, (es decir, que el cliente sienta la necesidad de discutir cómo hablarle a una pareja anterior en cuanto a ser positivo y deje a un lado cualquier paso previo relacionado con actos futuros).

4. Si es una sola sesión, pregunte cómo o si el resultado impactará los planes para el paso de reducción de riesgo. La única diferencia en una sola sesión o contexto de prueba rápida es que los clientes no tendrán la oportunidad de implementar el paso de reducción de riesgo. Cuando un proveedor decida proceder con la etapa 2, la pregunta será si el resultado de la prueba, negativo o positivo, cambiará la manera como él o ella piensa en cuanto al paso acordado.

Apéndice A

Resumen del estudio RESPECT

Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases: A Randomized Controlled Trial (*Eficacia de la consejería de reducción de riesgo para prevenir el Virus de Inmunodeficiencia Humana y enfermedades de transmisión sexual: un ensayo aleatorio controlado*)

Mary L. Kamb, MD, MPH; Martin Fishbein, PhD; John M. Douglas, Jr, MD; Fen Rhodes, PhD;

Judy Rogers, MS; Gail Bolan, MD; Jonathan Zenilman, MD; Tamara Hoxworth, PhD; C. Kevin Malotte, DrPH;

Michael Iatesta, MA; Charlotte Kent, MPH; Andrew Lentz, MPA; Sandra Graziano, PhD; Robert H. Byers, PhD;

Thomas A. Peterman, MD, MSc; para el Grupo de Estudio del Proyecto RESPECT

Contexto.—La eficacia de la consejería para prevenir infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no ha sido demostrada definitivamente.

Objetivo.—Comparar los efectos de 2 intervenciones interactivas de consejería para VIH/ETS con mensajes didácticos de prevención que son típicos en la práctica actual.

Diseño.—Ensayo aleatorio controlado en múltiples centros (Proyecto RESPECT), con participantes asignados a 1 a 3 intervenciones individuales en persona.

Lugar.—Cinco clínicas públicas de servicios para ETS (Baltimore, Md; Denver, Colo; Long Beach, Calif; Newark, NJ; and San Francisco, Calif) entre julio de 1993 y septiembre de 1996.

Participantes.—Un total de 5758 pacientes heterosexuales, VIH-negativos de 14 años de edad o mayores que acudieron para pruebas de detección de ETS.

Intervenciones.—Intervención 1: recibió consejería amplificada, 4 sesiones interactivas basadas en teoría. Intervención 2: recibió consejería breve, 2 sesiones interactivas de reducción de riesgo. Intervenciones 3 y 4: cada una recibió 2 mensajes didácticos breves típicos en los servicios que se ofrecen hoy día. A los participantes en las intervenciones 1, 2 y 3 se les dio seguimiento activo luego de inscribirse con cuestionarios en los meses 3, 6, 9 y 12 y con pruebas de ETS en los meses 6 y 12. Se usó un análisis de intención de tratamiento para comparar las intervenciones.

Medidas principales de resultados.—Auto-reporte de uso de condones y nuevos diagnósticos de ETS (gonorrea, clamidia, sífilis, VIH) establecidos por pruebas de laboratorio.

Resultados.—En las visitas de seguimiento en los meses 3 y 6, el auto-reporte de uso de condones en un 100% de las veces fue más alto ($P, .05$) en la consejería amplificada y en las intervenciones de consejería breve en comparación con los participantes en la intervención de mensajes didácticos. Durante el intervalo de 6 meses, un 30% menos de los participantes tuvo menos ETS en las intervenciones de consejería amplificada (7.2%; $P = .002$) y en la de consejería breve (7.3%; $P = .005$) comparados con aquellos en la intervención de mensajes didácticos (10.4%). Durante el estudio de 12 meses, un 20% menos de los participantes en cada intervención de consejería tuvo ETS nuevas en comparación con aquellos en la condición de mensajes didácticos ($P = .008$). Consistentemente, en cada uno de los 5 lugares donde se realizó el estudio, la incidencia de ETS fue más baja en las intervenciones de consejería que en la intervención de mensajes didácticos. La reducción de ETS fue similar para hombres y mujeres y mayor aun para adolescentes y personas con una ETS diagnosticada al momento de inscribirse en el estudio.

Conclusiones.—Las intervenciones de consejería breve que usan planes de reducción de riesgo personalizado pueden aumentar el uso de condones y prevenir nuevas ETS. Se puede impartir consejería efectiva en clínicas públicas donde acuden muchas personas.

Apéndice B

Guía de procedimientos para RESPETO de los CDC

Guía de procedimientos para RESPETO

Descripción

RESPETO es una intervención de dos sesiones a nivel individual para hombres y mujeres que son VIH negativos. Este modelo de consejería centrado en el cliente fue diseñado para evaluar el riesgo que tienen los clientes de contraer VIH, aumentar la percepción de riesgo personal y trabajar con los clientes para desarrollar un plan de reducción de riesgo. Los investigadores también creen que el modelo RESPETO puede ser efectivo para personas que están viviendo con VIH, para ayudarlas a reducir la transmisión a otras personas. RESPETO puede ser usada como una intervención sola o integrada a otras intervenciones para la prevención de VIH, tales como Consejería, Prueba y Referido para VIH (CTR, por sus siglas en inglés) o Servicios Integrales de Consejería en Riesgo y Servicios de Consejería de Pareja y Referidos (CRCS, por sus siglas en inglés). RESPETO ha sido preparada por el proyecto de Difusión de Intervenciones Efectivas para el Cambio de Comportamiento (DEBI, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Información sobre adiestramiento y materiales relacionados con la intervención está disponible en www.effectiveinterventions.org.

Metas

La meta de RESPETO es reducir las conductas de alto riesgo de los clientes y prevenir el contagio y la transmisión de VIH (y ETS).

Cómo trabaja

El propósito de RESPETO es (1) aumentar la percepción que los clientes tienen sobre su riesgo personal de contraer VIH a través del uso de “oportunidades de aprendizaje” y (2) apoyar a los clientes para que desarrollen un plan realista y alcanzable para reducir sus conductas de riesgo. Las oportunidades de aprendizaje son situaciones o circunstancias que crean una oportunidad para lograr cambio de conducta. Durante las sesiones, los consejeros tal vez descubran que hay una inconsistencia entre las creencias y las conductas de un cliente. Tal inconsistencia usualmente resulta en conflictos internos (es decir, incomodidad emocional), lo cual se conoce como disonancia cognitiva. Por ejemplo, un cliente tal vez revele que él/ella no quiere infectarse con VIH (o infectar a otra persona), sin embargo, continúa participando en conductas de alto riesgo. Si el cliente reconoce esta discrepancia, su percepción de riesgo tal vez aumente, lo cual pudiera motivar a ese cliente a reducir sus conductas de riesgo.

Al usar un protocolo estructurado, el consejero participa en una conversación interactiva e individual con el cliente. En la primera sesión, el consejero realiza una evaluación de riesgo, hace preguntas para entender mejor el contexto de las conductas de alto riesgo del cliente, identifica contradicciones entre las creencias y las conductas del cliente, guía al cliente a desarrollar una estrategia de reducción de riesgo, y ofrece referidos a servicios para ayudar al cliente a

alcanzar su meta de reducción de riesgo. En la segunda sesión, el consejero comunica el resultado de la prueba de VIH (si se hizo una prueba, tal como en un lugar donde se ofrece CTR), le da seguimiento al cliente para evaluar el progreso en cuanto al objetivo de reducir riesgo, trabaja con el cliente para desarrollar un plan de reducción de riesgo a largo plazo, y provee referidos adicionales (según sean necesarios).

Dos teorías sustentan RESPETO – el Modelo de Creencias sobre Salud y la Teoría Social Cognitiva. Sin embargo, la Teoría de la Acción Razonada y el Modelo Transteórico también juegan papeles importantes en esta intervención.

El **Modelo de Creencias de Salud** es un marco de referencia que explica y predice conductas de salud al enfocarse en la medida en que los individuos se perciben a sí mismos como a riesgo de desarrollar o contraer una condición o enfermedad en particular. De acuerdo con este modelo, la conducta está guiada por percepción que el individuo tiene de su susceptibilidad para contraer una condición médica, la percepción de severidad de la condición médica, la percepción de beneficios derivados de participar en actividades de reducción de riesgo, y la percepción de barreras que impiden practicar conductas de reducción de riesgo. Las personas estarán motivadas a cambiar sus conductas si creen que los beneficios de hacer eso superan las consecuencias de no cambiar sus conductas. El Modelo de Creencias de Salud se usa en RESPETO para aumentar la percepción que el cliente tiene de su riesgo personal para contraer VIH y para promover conductas de reducción de riesgo a través del desarrollo de un plan realista de reducción de riesgo, seguido por pasos graduales para alcanzarlo.

La Teoría Social Cognitiva propone que la conducta es adquirida y mantenida a través de una relación recíproca entre factores personales (tales como cogniciones y emociones), el ambiente y aspectos de la conducta misma. Los principios clave de esta teoría son (1) que las personas son más propensas a cambiar su comportamiento cuando prevén resultados positivos a consecuencia del cambio, (2) que cambio en el comportamiento puede ocurrir a través de aprendizaje vicario (esto es, observando el comportamiento de otras personas), y (3) que para cambiar el comportamiento, las personas tienen que creer en su habilidad para lograrlos (esto es, auto-eficacia).

Partiendo de la Teoría Social Cognitiva, los consejeros que usan RESPETO ayudan a los clientes a desarrollar las destrezas y la confianza en sí mismos para implementar una estrategia de reducción de riesgo. Este proceso pudiera incluir una demostración de cómo usar condones correctamente, o practicar una conversación sobre negociación de sexo con más protección. Además, esta teoría puede ser usada para ayudar al cliente a explorar las creencias de sus amigos y familiares y determinar quiénes en sus vidas pudieran apoyar su plan.

De acuerdo con la **Teoría de la Acción Razonada**, el cambio en comportamiento es influenciado por las creencias, actitudes e intenciones que una persona tiene para comportarse de cierta manera. Durante las dos sesiones de RESPETO, el consejero explora con sus clientes cómo sus decisiones con respecto a conductas de riesgo son influenciadas por sus actitudes y creencias. Porque se cree que la intención que una persona tiene de participar en una conducta es un determinante clave para que la persona pueda cambiar su comportamiento, el consejero que usa RESPETO obtiene un compromiso del cliente para dar el primer paso en dirección a un plan de reducción de riesgo más abarcador durante la primera sesión. El plan se escribe en una tarjeta de cita para que el cliente tenga un recordatorio escrito de la próxima cita y el plan que desarrollaron y acordaron que él iba a intentar poner en práctica. Esta teoría también cubre la influencia que las personas alrededor del cliente tienen sobre su conducta, así que los consejeros que usan RESPETO evalúan las percepciones que el cliente tiene de lo que las personas a su alrededor creen y hacen.

El **Modelo Transteórico** (también conocido como Etapas de Cambio) presenta un proceso en el cual el cambio en comportamiento ocurre en etapas. Aunque algunas personas pasan por las cinco etapas (esto es, pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento) de manera lineal, se espera que algunas personas recaigan antes de poder mantener exitosamente su nuevo comportamiento. El Modelo Transteórico juega un papel pequeño, pero importante, en RESPETO, y se usa para evaluar cuán listo el cliente está para comprometerse a practicar conductas de reducción de riesgo. Ya que no todos los clientes están listos o dispuestos a desarrollar un plan de reducción de riesgo, los consejeros deben asegurarse que evalúan dónde los clientes se encuentran en el continuo antes de proceder con el desarrollo de un plan.

Hallazgos de investigación

La eficacia de RESPETO fue evaluada en una prueba controlada aleatoria realizada en múltiples centros con 5,758 personas heterosexuales VIH-negativas de 14 años de edad en adelante que visitaron una clínica para ETS.¹

Se compararon tres intervenciones en el estudio del Proyecto RESPETO:

1. Consejería breve RESPETO que consiste de 2 sesiones que suman 40 minutos
2. Consejería Aumentada de RESPETO que consiste de 4 sesiones que suman 200 minutos

y

3. Mensajes educativos breves que consisten en 2 sesiones que suman 10 minutos, que eran práctica estándar en ese momento.

Comparados con los participantes en la intervención de mensajes educativos, los participantes en las intervenciones de 2 y 4 sesiones de RESPETO tuvieron incidencias más bajas de ETS y mayor número de 100% de uso de condones, de acuerdo a sus propios reportes, hasta 12 meses después de haber participado en las intervenciones.

Debido a que la investigación demostró que los participantes en el modelo de consejería de dos sesiones de RESPETO alcanzaron resultados similares a los que participaron el modelo de 4 sesiones, el CDC convirtió el modelo de dos sesiones en una DEBI para que fuese más factible que las agencias implementen esta intervención.

Elementos centrales, características y procedimientos clave

Elementos centrales

Los elementos centrales son ingredientes fundamentales en la conceptualización y diseño de una intervención los cuales se consideran como los responsables de la efectividad de la intervención. Estos elementos centrales se derivan de las teorías conductuales que son la base de la intervención. **Los elementos centrales son esenciales y no pueden ser ignorados, agregados o cambiados, para poder preservar la fidelidad e intención de la intervención.**

RESPETO tiene los siguientes 5 elementos centrales:

1. Llevar a cabo la consejería individualiza haciendo uso de las guías del protocolo RESPETO.
2. Aprovechar cualquier «oportunidad apropiada para el aprendizaje» para motivar a los clientes a cambiar conductas de riesgo.
3. Explorar las circunstancias y el contexto de cualquier conducta de riesgo reciente para aumentar la percepción de susceptibilidad.
4. Negociar un paso realista que sustente la meta de reducción de riesgo a largo plazo.
5. Implementar y mantener los procedimientos de control de calidad.

Características clave

Las características clave son las partes de una intervención (actividades y métodos de implementación) que pueden ser adaptadas para responder a las necesidades de las organizaciones comunitarias o a la población a la que se dirige la intervención.

RESPETO tiene las siguientes características clave:

1. Conducir sesiones usando preguntas abiertas, promoviendo que el cliente participe activamente en la discusión.
2. Permitirle al *cliente* que identifique un paso de reducción de riesgo que se pueda alcanzar.
3. Participar en dramatizaciones con el cliente para aumentar su eficacia en la participación de conductas de reducción de riesgo.
4. Proveer referidos basado en las necesidades que el cliente ha identificado.
5. Modificar el tiempo necesario para completar todos los componentes del protocolo, identificar indicadores de necesidades del cliente y los requisitos de la agencia.
6. Proveer prueba en el lugar de servicio usando pruebas convencionales de VIH, lo que permite que el cliente trate de implementar el paso de reducción de riesgo entre sesiones. Cuando se implementen en lugares que no se ofrece la

prueba de VIH, se recomienda que se programe una segunda sesión con el propósito de dar seguimiento al intento de implementar un plan.

Procedimientos clave

Los procedimientos son descripciones detalladas de algunos de los elementos y características que se enumeraron anteriormente. Los procedimientos para RESPETO son los siguientes:

Implementar consejería centrada en el cliente. Muchos clientes tienen conocimiento sobre las maneras en las que el VIH se transmite, pero no perciben que sus conductas son arriesgadas. Por lo tanto, durante la consejería centrada en el cliente, es importante enfocar específicamente en los lugares en los que el cliente se pone a riesgo, en lugar de proveer educación general sobre VIH. A través del uso de las guías de protocolo o las tarjetas del proveedor, el proveedor debe participar en una conversación interactiva con el cliente para (1) realizar una evaluación de riesgo para determinar qué conductas aumentan el riesgo de que el cliente contraiga VIH (o ETS), (2) usar una “oportunidad de aprendizaje” para aumentar la preocupación que el cliente tiene sobre su riesgo personal de contraer VIH, y (3) desarrollar una estrategia para reducir riesgos que se han identificado.

Nota. La consejería para la prevención de VIH centrada en el cliente no debe ser confundida con el enfoque de consejería centrada en el cliente de Carl Rogers, el cual permite que el cliente guíe la dirección de la sesión de consejería. En RESPETO, el consejero guía el flujo de la sesión usando un protocolo estructurado, preguntas abiertas y otras destrezas de consejería para asegurarse que el cliente participe activamente.

Los siguientes componentes deben ser implementados en cada una de las sesiones de RESPETO:

Sesión 1: Evaluación de riesgo y paso de reducción de riesgo

Componente 1: Introducir y orientar al cliente.

Componente 2: Aumentar la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo.

Componente 3: Explorar los detalles específicos del incidente de riesgo más reciente.

Componente 4: Repasar las experiencias previas de reducción de riesgo.

Componente 5: Resumir el incidente de riesgo y los patrones de riesgo.

Componente 6: Negociar un paso para la reducción de riesgo.

Componente 7: Identificar los recursos de apoyo y proveer los referidos.

Componente 8: Finalizar la sesión.

Sesión 2a: Resultado negativo de prueba de VIH: Consejería en prevención

Componente 1: Proveer resultado negativo de prueba de VIH y contestar las preguntas que el cliente tiene sobre el resultado.

Componente 2: Repasar el paso de reducción de riesgo y preguntar al cliente si él/ella ha tenido una oportunidad de practicarlo.

Componente 3: Revisar el paso de reducción de riesgo, si es necesario.

Componente 4: Identificar fuentes de apoyo, si es necesario.

Componente 5: Proveer referidos apropiados y finalizar la sesión.

Sesión 2b: Resultado positivo de prueba de VIH: Apoyo y consejería en prevención

Componente 1: Proveer resultado positivo de prueba de VIH y contestar las preguntas que el cliente tiene sobre el resultado.

Componente 2: Identificar fuentes de apoyo y proveer referidos para atención médica y otros servicios necesarios.

Componente 3: Tratar asuntos relacionados con la reducción de riesgo (según sea apropiado).

Componente 4: Resumir y terminar la sesión.

Nota: Si no se ha administrado una prueba de VIH, los consejeros deben obviar el Componente 1 de la Sesión 2. Sin embargo, deben intentar reunirse con el cliente una segunda vez para continuar la consejería en prevención.

Desarrollo de un plan de reducción de riesgo. Uno de los objetivos principales de la primera sesión es aumentar la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo. Una vez el cliente se ve a sí mismo/a en situación de riesgo, el consejero trabaja con el cliente para desarrollar un paso de reducción de riesgo que el cliente puede intentar antes de la próxima sesión. En su finalidad, este paso conducirá a una meta de comportamiento más abarcadora. Es importante que el consejero permita que el cliente identifique la conducta a cambiar en lugar de escoger la conducta para el cliente. Esto permite que el cliente sea dueño de su plan de reducción de riesgo y aumentará la probabilidad de que adopte una conducta nueva.

Algunos clientes tal vez elijan una meta irreal que está más allá de lo que pueden alcanzar. El consejero debe dividir la meta a largo plazo en pasos pequeños y trabajar con el cliente para seleccionar uno de los pasos graduales. Juntos, el cliente y el consejero deben anticipar y resolver cualquier barrera que pueda surgir para que el cliente pueda superar estos obstáculos. Además, se discuten intentos de reducción de riesgo. Las destrezas y fortalezas identificadas a raíz de estos intentos son reconocidas y se usan como punto de partida para facilitar intentos futuros. El consejero debe asegurarse de que el cliente esté comprometido a intentar el paso y sentirse seguro/a de su habilidad de implementar el paso antes de irse de la sesión. Finalmente, el consejero debe escribir el paso en un papel para que el cliente se pueda referir al plan de reducción de riesgo luego de la sesión. En sesiones subsecuentes, el cliente parte del paso inicial de reducción de riesgo para desarrollar un plan de cambio de comportamiento a largo plazo.

Cómo hacer referidos. Durante las sesiones de RESPETO, los consejeros tal vez descubran que los clientes requieren apoyo adicional para aumentar la probabilidad de éxito al iniciar y mantener su cambio de conducta. Más aun, los consejeros tal vez reconozcan áreas de preocupación que el cliente no reconoce. El consejero debe asegurarse que el cliente esté dispuesto a recibir referidos, y darle prioridad a aquéllos que van a la par con las necesidades que

el cliente ha expresado con más frecuencia. Además, el consejero debe procurar no abrumar al cliente con demasiados referidos. Ejemplos de referidos apropiados pudieran incluir:

- Programas de tratamiento para alcohol y drogas
- Líneas de ayuda para intervención en crisis
- Fuentes de alimentos para emergencias
- Clínicas de planificación familiar
- Fuentes de ayuda financiera
- Clínicas de atención médica gratuita (para personas sin seguro)
- Especialistas para tratamiento de VIH
- Programas de vivienda
- Fuentes de ayuda legal
- Profesionales de salud mental
- Servicios para personas que han sufrido abuso sexual o físico
- Grupos de apoyo y organizaciones de intervenciones para la prevención de VIH
- Programas de transportación

Los consejeros no deben asumir que los clientes podrán acceder estos servicios por cuenta propia. Por lo tanto, deben proveer la mayor información y ayuda posibles para asegurarse que los clientes le darán seguimiento al referido (frecuentemente llamado un referido *activo*). Por ejemplo, podría ser de ayuda que el cliente llame por teléfono al proveedor de servicio de parte del cliente, esto hace que el proceso sea menos abrumador para el cliente. Si es posible, el consejero debe proveer la siguiente información:

1. Nombre del proveedor o agencia
2. Variedad de servicios prestados
3. Población(es) a la que presta servicios
4. Áreas de servicios
5. Nombre del contacto, teléfono, número de fax, dirección, dirección electrónica y sitio de la Internet
6. Instrucciones, información sobre transportación y acceso a transportación pública
7. Horas de servicio
8. Costo por los servicios
9. Criterios de elegibilidad
10. Materiales para solicitar servicios
11. Política y procedimientos de admisión
12. Experiencia en la prestación de servicios a tono con la cultura, idioma, orientación sexual, edad y nivel de desarrollo
13. Satisfacción previa de los clientes con respecto a los servicios

Si se dan resultados de prueba:

Entrega de resultado de la prueba de VIH. Antes de la sesión, el consejero debe confirmar si el resultado de la prueba de VIH es el del cliente. Además, el consejero debe prepararse emocionalmente para poder manejar posibles

emociones o reacciones que puedan surgir durante la sesión, especialmente si el resultado es positivo. Después de darle la bienvenida una vez más al cliente, el consejero debe presentar el resultado de manera clara y simple. Es muy importante que el consejero dé el resultado al comienzo de la sesión para no prolongar cualquier ansiedad que el cliente pudiera estar experimentando. Si el resultado es **negativo**, el consejero debe explicar que el resultado quiere decir que el cliente no estuvo infectado hace 3 meses, pero que la prueba no cubre cualquier riesgo de exposición más reciente. El consejero debe trabajar con el cliente para desarrollar un plan de reducción de riesgo a largo plazo que parta del paso de reducción de riesgo seleccionado en la primera sesión. El consejero también debe explorar la reacción del cliente al resultado, determinar si el cliente necesita hacerse la prueba de nuevo basado en conducta de riesgo reciente y proveer cualquier referido que sea necesario.

Si el resultado es **positivo**, el consejero debe darle tiempo suficiente al cliente para que procese el significado del resultado. Apoyándole, el consejero debe explorar cómo el cliente está manejando la noticia y contestar cualquier pregunta que el cliente tenga. Dada la naturaleza del resultado de la prueba, es importante que el consejero evalúe la estrategia de bienestar (tanto salud emocional como física) del cliente y el acceso a servicios de salud. En este punto, el cliente tal vez tenga una variedad de emociones y reacciones al resultado positivo de su prueba. Si el cliente está listo emocionalmente para explorar asuntos de reducción de riesgo, el consejero debe ayudar al cliente a crear un plan para reducir el riesgo de transmisión a parejas actuales y futuras. No importa qué, es importante que el consejero valide los sentimientos del cliente y que se asegure de que el cliente esté listo para terminar la sesión. El consejero debe preguntarle al cliente cuáles son los pasos que va a dar, a la misma vez que evita presionar al cliente para que tome decisiones importantes que no son urgentes. Tal vez sería útil que el cliente exprese a quién verá en el futuro cercano y cómo manejará la situación. Finalmente, el consejero debe resumir los asuntos clave que fueron discutidos en la sesión y animar al cliente a que le llame si tiene alguna pregunta o preocupación. Además, el consejero debe pedirle al cliente su información de contacto para poder darle seguimiento en los próximos días y ver cómo le va. El consejero debe terminar la sesión explorando qué servicios el cliente tal vez requiera y proveyéndole referidos apropiados.

Nota: El proceso antes descrito será diferente cuando se use RESPETO junto con una prueba rápida ya que la Sesión 1 y la Sesión 2 se llevarán a cabo el mismo día. Por lo tanto, es muy probable que el cliente no pueda practicar el paso de reducción de riesgo que se escogió durante la Sesión 1.

Adaptación

RESPETO puede ser utilizada en varios lugares donde las personas tienen alto riesgo conductual de contraer VIH. En el estudio original, se encontró que RESPETO fue efectiva para trabajar con mujeres y hombre VIH negativo cuyo riesgo primordial de contraer VIH era transmisión sexual. Sin embargo, la

intervención se puede usar con poblaciones que tienen otros factores de riesgo tales como uso de drogas inyectadas. También se puede usar RESPETO con personas VIH positivo para prevenir la transmisión de VIH o el contagio de una ETS. Además, se encontró que RESPETO fue efectiva con personas más jóvenes, así que una agencia pudiera adaptar RESPETO para ser más apta para el uso con adolescentes. Finalmente, aunque el modelo original de RESPETO se usó con prueba estándar de VIH, RESPETO también se puede usar con prueba rápida, aunque los investigadores hallaron más tarde que era un poco menos efectiva con los hombres.²

Recursos requeridos

Personal

RESPETO requiere personal a sueldo o voluntarios o profesionales de salud mental adiestrados para impartir el modelo de consejería RESPETO; principios generales de consejería; principios de prevención de VIH, y requisitos organizacionales locales que prestan servicios de Consejería, Prueba y Referido para VIH e intervenciones relacionadas. La cantidad de consejeros para RESPETO depende de la demanda que haya por consejería y prueba en la agencia. Sin embargo, debido a que RESPETO es una intervención a nivel individual, sólo se necesita un consejero por sesión. Además, se requiere por lo menos un supervisor adiestrado y con destrezas en el modelo de consejería RESPETO que sea capaz de proveer apoyo continuo, dirección y control de calidad.

Espacio

RESPETO requiere espacio que sea privado y seguro para que se pueda asegurar la confidencialidad.

Materiales

El paquete de RESPETO incluye el manual de implementación, tarjetas del consejero, tarjetas con libreto del protocolo, formularios para el paso de reducción de riesgo, un vídeo de adiestramiento, y recomendaciones y formularios de control de calidad. Además de estos materiales, RESPETO requiere también una guía de recursos de referidos que debe ser producida por la agencia donde se implementa RESPETO.

Reclutamiento

Originalmente, RESPETO se enfocó en personas que visitaron una clínica pública de ETS. Con frecuencia, las personas fueron por su propia cuenta para recibir consejería y prueba porque estaban preocupadas sobre su riesgo de contraer VIH (o ETS). Las siguientes, son estrategias que se pueden usar para reclutar clientes para RESPETO:

- Reclutar personas VIH positivo y personas VIH negativo con alto riesgo para fomentar que las personas en sus redes sociales participen en RESPETO.

- Reclutar de otras agencias que prestan servicios a poblaciones de alto riesgo tales como instalaciones de tratamiento para abuso de sustancias o albergues para personas desamparadas.
- Reclutar, integrarla a otros servicios de prevención de VIH como Servicios de Consejería de Pareja y Referidos (CRCS, por sus siglas en inglés).
- Reclutar adolescentes con alto riesgo que están recibiendo servicios a través de otras agencias.

Repase la sección de Reclutamiento en este documento para escoger una estrategia de reclutamiento que funcione en el lugar donde la organización comunitaria planifica implementar RESPETO.

Prácticas y reglas

Antes de que una organización comunitaria intente implementar RESPETO, las siguientes prácticas y reglas deben estar establecidas para proteger al cliente, a la organización comunitaria y al equipo de intervención de RESPETO:

Confidencialidad

Debe haber un sistema establecido para asegurarse que se mantiene la confidencialidad de todos los participantes en el programa. Antes de compartir cualquier información con otra agencia a la cual el cliente es referido, se debe obtener consentimiento informado del cliente o de su guardián legal.

Competencia cultural

Las organizaciones comunitarias deben esforzarse por ofrecer servicios de culturalmente competentes a través del conocimiento del perfil demográfico, cultural y epidemiológico de sus comunidades. Las organizaciones comunitarias deben emplear, promover y adiestrar a todo el personal para que sea representativo y sensitivo a diferentes culturas. Además, deben ofrecer materiales y servicios en el idioma preferido de los clientes, si es posible, o proveer traducción, si es apropiado. Las organizaciones comunitarias deben facilitar la participación de la comunidad y de los clientes en el diseño e implementación de servicios de prevención que aseguran que asuntos culturales importantes sean incorporados. La Oficina de Salud Minoritaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos ha publicado "*National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*", las cuales deben ser usadas como guía para alcanzar competencia cultural en programas y servicios (Por favor consulte la sección "Ensuring Cultural Competence" en la introducción de este documento para ver los estándares para el desarrollo de programas y servicios cultural y lingüísticamente competentes.)

Seguridad de los datos

Para asegurar la seguridad de los datos y la confidencialidad del cliente, los datos deben ser recopilados de acuerdo a los requisitos del CDC.

Consentimiento informado

Las organizaciones comunitarias deben tener una hoja de consentimiento que explica clara y cuidadosamente (en lenguaje apropiado) la responsabilidad de la organización comunitaria y los derechos de los clientes. Leyes estatales individuales aplican a los procedimientos de consentimiento para menores, pero como mínimo, se debe obtener el consentimiento de cada cliente y, si es apropiado, de un guardián legal si el cliente es un menor o no puede dar consentimiento legal. La participación siempre debe ser voluntaria y se debe mantener documentación de este consentimiento en el expediente del cliente

Prácticas legales y éticas

Si las agencias ofrecen la prueba del VIH con RESPETO, los clientes sabrán su estatus de VIH cuando regresen por los resultados de su prueba. Las organizaciones comunitarias deben conocer las leyes de su estado que rigen la revelación de estatus de VIH a parejas sexuales o a parejas que comparten agujas; las organizaciones comunitarias están obligadas a informarle a los clientes las responsabilidades que la organización tiene si el cliente recibe un resultado positivo de la prueba de VIH y la obligación que la organización tiene con respecto a la obligación de avisar. Las organizaciones comunitarias también deben informar a los clientes sobre las leyes estatales concernientes a reportar violencia doméstica, abuso de menores, abuso sexual de menores y abuso de ancianos.

Referidos

Las organizaciones comunitarias deben estar preparadas para referir a los clientes según sea necesario. Para clientes que requieren ayuda adicional para reducir la conducta de riesgo, los proveedores deben saber sobre fuentes de referidos para intervenciones y consejería en prevención, tales como consejería y servicios integrales enfocados en riesgo, servicios de consejería y referidos de parejas y otros programas de prevención de departamentos de salud y organizaciones comunitarias.

Voluntarios

Si la organización comunitaria usa voluntarios para ayudar con o para implementar esta intervención, entonces la organización comunitaria debe saber y revelar cómo su seguro de responsabilidad y la compensación para trabajadores aplican a voluntarios. Las organizaciones comunitarias deben asegurarse que los voluntarios también reciban el mismo adiestramiento y que se les apliquen los mismos estándares que se les exigen a los empleados. Todo adiestramiento debe ser documentado. Las organizaciones de la comunidad también deben asegurarse que los voluntarios firmen y se rijan por una declaración de confidencialidad.

Control de calidad

Control de calidad es un proceso continuo que asegura que los consejeros mantengan la fidelidad de los elementos centrales de la intervención.³ Las

siguientes actividades de control de calidad deben seguirse cuando se implemente RESPETO:

Consejeros y supervisores

Adiestramiento

Consejeros y supervisores deben participar en adiestramiento y educación continuada para asegurarse que tienen las destrezas necesarias para implementar RESPETO exitosamente. Además del adiestramiento en RESPETO, se recomienda adiestramiento en los siguientes temas:

- Control de calidad en la consejería para la prevención de VIH
- Consejería, Prueba y Referido (CTR, por sus siglas en inglés)
- Principios de la consejería para la prevención de VIH
- VIH 101

Se puede hallar información sobre adiestramientos en RESPETO en www.effectiveinterventions.org.

Se puede hallar información sobre otros adiestramientos ofrecidos por el CDC y nuestros asociados en Calendario de Eventos de Adiestramiento en www.cdc.gov/hiv/topics/cba/index.htm.

Observación de sesiones

El supervisor debe observar las sesiones de consejería para asegurarse que los consejeros siguen el protocolo de RESPETO y que ofrezcan consejería de alta calidad. Estas observaciones se pueden hacer en persona, o el consejero puede grabar la sesión en vídeo o en cinta de audio para que el supervisor o compañeros de evaluación la evalúen. Antes de observar la sesión, el consejero debe obtener consentimiento del cliente. Se recomienda que un consejero nuevo sea observado por un supervisor una vez por semana. Según los consejeros adquieren experiencia usando RESPETO, la frecuencia de las observaciones puede disminuir. Por ejemplo, un consejero con 6-12 meses de experiencia puede ser observado una vez al mes, mientras que un consejero con un año de experiencia, puede ser observado una vez al año. El consejero y el supervisor deben reportar lo que sucedió el uno al otro luego de cada observación.

Revisión de expediente

Los expedientes pueden ser revisados periódicamente para asegurarse que las sesiones de consejería estén documentadas consistente y correctamente. La siguiente información pudiera ser documentada:

- Requisitos de datos de procesos y de resultados
- Riesgos y circunstancias primordiales relacionadas con el incidente de riesgo más reciente del cliente
- Fecha del incidente de riesgo más reciente
- Paso de reducción de riesgo
- Referidos y razón para dar los referidos

Conferencias de casos

Las conferencias de casos son una oportunidad ideal para que los consejeros y supervisores obtengan el apoyo del personal y ofrezcan retroalimentación constructiva a otro personal de la agencia. Durante las conferencias de casos, los consejeros y supervisores pueden presentar sesiones retadoras, practicar usando los materiales de RESPETO, y desarrollar estrategias para mejorar los servicios para sus clientes. La dramatización con colegas puede ser una estrategia útil para implementarse durante estas reuniones.

Clientes

El personal de RESPETO debe administrar encuestas de satisfacción a los clientes durante cada sesión. Estas encuestas anónimas se pueden usar para evaluar la satisfacción del cliente con la experiencia de consejería en general, los componentes de la sesión (por ejemplo, negociación de un paso de reducción de riesgo) y características del consejero (por ejemplo, muestra de empatía). A los clientes también se les debe dar la oportunidad de ofrecer sugerencias para mejorar las sesiones.

Monitoreo y evaluación

En estos momentos, se están evaluando guías específicas para la recopilación y reporte de información del programa, datos a nivel de cliente e indicadores de implementación y serán distribuidas a las agencias luego que se les notifique que han recibido una subvención. Monitoreo general y requisitos de evaluación para los programas que figuran en la Guía de Procedimientos incluirán la recopilación de medidas de procesos y resultados según descritas en el Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas (PEMS, por sus siglas en inglés). PEMS es un sistema nacional para reportar datos que incluye un conjunto de variables de datos sobre prevención de VIH, software para usarse en la Internet para ingresar y manejar datos, recopilación de datos y guía y adiestramiento en evaluación, e implementación de servicios de apoyo a través de software. A las agencias que reciben fondos monetarios se les requiere que ingresen, manejen y sometan datos al CDC usando PEMS. Más aun, a las agencias se les pudiera requerir que colaboren con el CDC en la implementación de estudios especiales que intentan evaluar el efecto de las actividades en prevención en poblaciones a riesgo.

Artículos y recursos clave

Bolu OO, Lindsey C, Kamb ML, Kent C, Zenilman J, Douglas JM, Malotte CK, Rogers

J, Peterman TA, for the Project RESPETO Study Group. Is HIV/sexually transmitted

disease prevention counseling effective among vulnerable populations?: A subset

analysis of data collected for a randomized, controlled trial evaluating counseling efficacy (Project RESPETO). *Sexually Transmitted Diseases*. 2004;31:469-474.

CDC. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral and revised recommendations for HIV screening of pregnant women. MMWR 2001;50 RR-19:1-85.

Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>.

Roye C, Silverman PP, Krauss B. A brief, low-cost, theory-based intervention to promote dual method use by Black and Latina female adolescents: A randomized clinical trial.

Health Education & Behavior. 2007; 34:608-621.

Referencias

1. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, Zenilman J, Hoxworth T, Malotte CK, Iatesta M, Kent C, Lentz A, Graziano S, Beyers RH, Peterman TA, for the Project RESPETO Study Group. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association. 1998;280:1161-1167.

2. Metcalf CA, Douglas JM, Malotte CK, Cross H, Dillon BA, Paul SM, Padilla SM, Brookes LC, Lindsey CA, Byers RH, Peterman TA, for the RESPETO-2 Study Group. Relative efficacy of prevention counseling with rapid and standard HIV testing: A randomized, controlled trial (RESPETO-2). Sexually Transmitted Diseases. 2005;32:130-138.

3. Kamb ML, Dillon BA, Fishbein M, Willis KL, for the Project RESPETO Study Group. Quality assurance of HIV prevention counseling in a multi-center randomized controlled trial. Public Health Reports. 1996;111:99-107.

Apéndice C

Temas relacionados a la prevención con personas
que son positivas (VIH)

Temas relacionados a la prevención con personas que son positivas (VIH)

Serosorteo: limitar relaciones sexuales, ya sean protegidas o no, con personas con el mismo estatus de VIH suyo. Al elegir parejas con el mismo estatus de VIH, las personas pueden participar en una gama más amplia de conductas sexuales y de uso de agujas sin el riesgo de transmisión o propagación de VIH.

Seroposición: decidir qué roles sexuales adoptar (esto es, insertivo o receptivo) de acuerdo al estatus de VIH como una manera de minimizar la probabilidad de transmisión de VIH.

Carga viral: Decidir el nivel aceptable de riesgo basado en la carga viral de una persona que es positiva. Esto es, alguien que tiene una carga viral alta tiene mayor probabilidad de ser más infecciosa que alguien que tiene una carga viral más baja o un nivel de carga viral indetectable. Una carga viral más baja equivale a un nivel de riesgo aceptable diferente.

Reinfección: La posibilidad que alguien que está infectado con VIH pueda infectarse de nuevo con la misma cepa de VIH o una diferente si él o ella tiene sexo sin protección con una persona que tiene VIH. Aunque hay evidencia de que esto puede ocurrir, la mayoría de las investigaciones han demostrado que el virus original predominará y que no hay riesgo de salud para que la persona se reinfecte.

ETS: La preocupación que ciertas actividades sexuales, aun aquellas que conllevan poco riesgo de transmisión de VIH, pudieran aumentar el riesgo de que una persona infectada con VIH contraiga ETS. Existe evidencia que las ETS pudieran tener un efecto más adverso en la salud de alguien que tiene VIH comparado con alguien que es VIH negativo. El impacto biológico de una infección de ETS en una persona que tiene VIH pudiera resultar en una infectividad mayor.

Áreas de competencia al realizar trabajo de prevención con personas con VIH

🕒 Cómo responder al estigma relacionado con VIH

- ❖ La habilidad de definir, reconocer y validar el estigma relacionado con VIH.
- ❖ La habilidad de reconocer el impacto del estigma relacionado con VIH en las elecciones que las personas hacen sobre conducta de riesgo.
- ❖ La habilidad de reconocer el impacto del estigma relacionado con VIH en la relación del cliente/proveedor.
- ❖ La habilidad de reconocer las capas o niveles de estigma que coexisten en la vida del cliente.

🕒 ⚙️ Reconocimiento de la experiencia individual y comunitaria con VIH

- ❖ La habilidad de explorar las maneras en las que los pensamientos o sentimientos de un cliente sobre los asuntos de prevención pudieran ser impactados por su experiencia personal o comunitaria con VIH.

- ❖ La habilidad de reconocer y explorar las maneras en las que una etapa de desarrollo del cliente relacionada con vivir con VIH pudiera impactar sus pensamientos y sentimientos con respecto a asuntos de prevención.
- ❖ La habilidad de reconocer y explorar el grado en el cual un cliente está o no está identificado con una comunidad impactada por el VIH y las maneras en las que su nivel de identificación pudiera afectar sus pensamientos y conductas relacionados con asuntos de prevención.

🕒 *Pare entender la redefinición de riesgo*

- ❖ Conocimiento de la jerarquía de las conductas de riesgo sexual involucrado en la transmisión de VIH y las maneras en las que difiere de aquellas que resultan en la contracción de VIH.
- ❖ La habilidad de reconocer que las preocupaciones y estrategias relacionadas con prevención para personas que tienen VIH son diferentes de las que tienen las personas que están preocupadas con infectarse con VIH.

🕒 *Reconocimiento de experiencia con tratamiento y servicios de atención*

- ❖ La habilidad de identificar el impacto que el tratamiento relacionado con VIH y/o efectos secundarios pudieran tener con el sentido de sí mismo de una persona.
- ❖ La habilidad de reconocer complicaciones médicas, grandes o pequeñas, como resultado de infección de VIH que pudiera impactar el sentido general de bienestar de una persona así como su relación con conductas de riesgo.
- ❖ La habilidad de identificar las maneras en que el acceso a sistemas de atención pudieran aumentar en un cliente el sentido de ser estigmatizado. Esto pudiera ocurrir en una variedad de maneras ya sea desde accesar servicios específicos para VIH hasta pedirle que hable sobre conductas que han sido estigmatizadas históricamente, tales como sexo o uso de drogas.

🕒 *Reconocimiento de los retos que conlleva revelar*

- ❖ La habilidad de explorar las maneras en las cuales las decisiones relacionadas con revelación de un cliente le han impactado.
- ❖ La habilidad de explorar y apoyar cómo las decisiones de revelación se relacionan con decisiones sobre conducta de riesgo.
- ❖ Conocimiento de las implicaciones legales y éticas básicas relacionadas con revelación.
- ❖ La habilidad de reconocer y validar que las decisiones relacionadas con revelación tienen un impacto directo en el desarrollo de la relación de un cliente. Por ejemplo, revelar el estatus de uno puede crear intimidad o rechazo prematuro.

🕒 *Validación y apreciación de fuentes de resistencias y fortalezas*

- ❖ La habilidad de explorar, validar y apoyar las preocupaciones que un cliente tiene sobre la transmisión de VIH así como su deseo de estar saludable y alcanzar bienestar.
- ❖ La habilidad de explorar el nivel de apoyo de pares y conocimiento que un cliente tiene sobre recursos de referidos enfocados en pares que son apropiados.
- ❖ La habilidad de explorar y validar los recursos internos y externos que los clientes han usado para manejar fuentes de opresión y estigma en sus vidas, incluso vivir con VIH.
- ❖ Conocimiento de las implicaciones básicas legales y éticas relacionadas con revelación.
- ❖ La habilidad de reconocer y validar que las decisiones relacionadas con revelación tiene un impacto directo en el desarrollo de la relación de un cliente. La habilidad de reconocer y validar que las decisiones relacionadas con revelación tienen un impacto directo en el desarrollo de la relación de un cliente. Por ejemplo, revelar el estatus de uno puede crear intimidación o rechazo prematuro.

🕒 *Validación y apreciación de fuentes de resistencias y fortalezas*

- ❖ La habilidad de explorar, validar y apoyar las preocupaciones que un cliente tiene sobre la transmisión de VIH así como su deseo de estar saludable y alcanzar bienestar.
- ❖ La habilidad de explorar el nivel de apoyo de pares y conocimiento que un cliente tiene sobre recursos de referidos enfocados en pares que son apropiados.
- ❖ La habilidad de explorar y validar los recursos internos y externos que los clientes han usado para manejar fuentes de opresión y estigma en sus vidas, incluso vivir con VIH.

Apéndice D

Teoría de la disonancia cognitiva

Capítulo 16

Teoría de la Disonancia Cognitiva de Leon Festinger

Esopo relata el cuento de una zorra que trató en vano de alcanzar un racimo de uvas que colgaban de una parra sobre su cabeza. La zorra brincó alto para agarrar las uvas, pero la apetitosa fruta seguía fuera del alcance de los mordiscos de su quijada. Luego de varios intentos, la zorra se dio por vencida y dijo para sí: «Esas uvas están verdes, y, si agarrara algunas, no me las comería».1

Disonancia: Desarmonía entre conducta y creencia

La fábula de Esopo es la fuente de donde proviene la frase «las uvas verdes». El cuento ilustra lo que el ex psicólogo social de la Universidad de Stanford Leon Festinger llamó *disonancia cognitiva*. Es el estado mental angustiante en el que las personas sienten que «están haciendo cosas que no van a la par con lo que saben, o tienen opiniones que no encajan con otras opiniones que tienen».2

El que la zorra se aleje del árbol de uvas choca con el conocimiento que ésta tenía de que las uvas estaban apetitosas. Al modificar la actitud hacia las uvas, la zorra se dio una explicación aceptable a su conducta.

Festinger consideraba la necesidad humana de evitar la disonancia tan básica como la necesidad de seguridad o de satisfacer el hambre. Es un ímpetu antipático que nos incita a ser consecuentes. La tensión de la disonancia nos motiva a cambiar tanto nuestra conducta como nuestra creencia, en un esfuerzo por evitar un sentimiento angustiante. Mientras más importante sea el asunto y mayor sea la discrepancia entre la conducta y la creencia, mayor será la magnitud de la disonancia que sentimos. En casos extremos, la disonancia cognitiva es como nuestra reacción de encogernos cuando raspan las uñas en un pizarrón; hacemos lo que sea por alejarnos del horrendo ruido.

Tres hipótesis: Modos de aminorar la disonancia entre las actitudes y las creencias

El foco de la teoría de la disonancia cognitiva es el cambio de actitud. Festinger teorizó tres mecanismos mentales que la gente utiliza para asegurar que sus actos y actitudes estén en armonía. Como la enseñanza se trata de influencia al igual que de instrucción, he descubierto que los principios de la teoría de la disonancia cognitiva pueden aplicarse a la interacción de los estudiantes conmigo y con ellos mismos. Ilustraré diferentes aspectos de la teoría con eventos en una clase que los estudiantes denominaron como «El curso en la isla».

Por veinte años, ofrecí un seminario de dos semanas fuera del campus cuyo tema era la dinámica de grupo. Limitado a ocho estudiantes, este curso de verano se ofrecía en una isla remota al norte del Lago Michigan. La transportación de ida a la isla y de vuelta se hacía en un avión monomotor que yo pilotaba.³ Nos quedábamos todos juntos en una cabaña que era la única estructura en la isla. Excepto cuando algunos de nosotros volábamos fuera de la isla a comprar provisiones, los miembros del grupo únicamente hablaban unos con otros.

A pesar de que el formato del seminario incluía tareas de lectura diaria y cuatro horas de clase al día, el curso en la isla era primordialmente una aventura en instrucción experimental. Aprendíamos la dinámica de grupo al estudiar nuestra propia interacción. Se pedía a los estudiantes que asumieran el rol de participante-observador. Lo que ocurriera entre nosotros se convertía en un tema legítimo de discusión grupal.

Mis metas con el curso iban más allá del conocimiento académico. Abiertamente acepté los valores humanísticos que Carl Rogers defendió -- autenticidad o congruencia, empatía y aceptación positiva incondicional. (Vaya a la introducción de la sección de Desarrollo Relacional.) Yo exhortaba a los estudiantes a que promulgaran estos valores por medio de la expresión adecuada de lo que ellos pensaban, de escuchar sensiblemente y de comentarios positivos (*feedback*) que pudieran incrementar la autoestima. También traté de facilitar una discusión honesta del conflicto que inevitablemente surge cuando se vive en lugares cerrados.

Los defensores del aprendizaje experimental con frecuencia son espléndidos en sus reclamos del impacto que cambia la vida, pero notablemente se quedan cortos en la evidencia de resultados positivos a largo plazo. ¿Lograría el curso en la isla mi ambiciosa agenda? En un esfuerzo por saberlo, encuesté a 150 ex estudiantes cuya experiencia colectiva abarcaba dos décadas. Las respuestas abiertas de los 115 estudiantes que contestaron no sólo proveyeron evidencia de un impacto duradero, sino también confirmaron el poder de la disonancia cognitiva.⁴ He cambiado sus nombres, pero los citaré textualmente para demostrar cómo la posible incomodidad de tener pensamientos conflictivos puede inducir a las personas a alterar sus creencias y sus actos.

Hipótesis 1: La exposición selectiva impide la disonancia

Festinger afirmaba que las personas evitan la información que, con toda probabilidad, aumenta la disonancia. No sólo tendemos a seleccionar el material que vamos a leer y los programas de televisión que son compatibles con nuestras creencias existentes; con frecuencia decidimos estar con personas similares a nosotros. Al prestar atención a

«juntarnos con los de nuestra propia especie», podemos mantener una comodidad relativa de la situación actual. Las personas afines nos protegen de ideas que pudieran ocasionarnos incomodidad. En ese sentido, el proceso de hacer amistades es un ejemplo de seleccionar nuestra propia propaganda.

Los estudiantes se escogían ellos mismos para el seminario en la isla; la clase no era requisito de ningún programa académico. Cada solicitante asistía a una entrevista de treinta minutos conmigo antes de matricularse en el curso. En un nivel, las reuniones me daban la oportunidad de asegurarme que estaba organizando un grupo diverso. Empero, la función principal era dar a los estudiantes la oportunidad de evaluar si se sentirían cómodos o no de compartir abiertamente con otras personas y, a su vez, recibir *feedback* de parte del grupo. No soy partidario de forzar la intimidad ni quería crear disonancia.

La exposición selectiva funcionó bien en la mayoría de los casos. La mayoría de los estudiantes se matriculaban porque estaban listos para un cambio personal; al igual que Rodney, estaban receptivos a los comentarios de los demás.

Rodney: El viaje a la isla llegó en un momento crucial en mi vida. Comenzaba a cansarme de ser el payaso de la clase. Era difícil que Em y los demás estudiantes aguantaran mis sandeces. Vieron a través de la máscara a un individuo inteligente e introspectivo. Acogí bien la oportunidad de estar tranquilo.

Más de la mitad de los encuestados apuntaron tener un estrés relacional trascendental poco antes de que nos juntáramos: matrimonio, relación amorosa, compromiso roto, divorcio, violación, muerte de alguna amistad. Ellos, al igual que Rodney, acogieron el ambiente despejado que encontraron en la isla y experimentaron poca o ninguna disonancia.

El proceso de exposición selectiva fracasó en proteger a todos de la disonancia. Kari fue una de las personas que se sintió desconectada y sola, cautelosa ante una cohesión inducida por la isla con personas que apenas conocía.

Kari: No me expongo a situaciones donde no conozco a las personas con las que comparto. Aun un grupo escogido, seleccionado cuidadosamente, es más de lo que hubiera hecho no sin antes tener amistad al menos con una de ellas.

El psicólogo alemán Dieter Frey escrutó toda la investigación pertinente a la exposición selectiva y concluyó que el mecanismo de evasión no se activa si nosotros no consideramos la información disonante como una amenaza.⁵ Las relaciones personales afectuosas son probablemente la mejor garantía de que consideraremos puntos de vista discrepantes:

Jake: Al principio, pensé que la gente en la isla era un montón de ineptos. Me consideraban como carente de seriedad, poco sincero y distante. Yo me veía como muy comprensivo y como alguien divertido con quien compartir. Según se derrumbaban las barreras, me di cuenta de que ellos eran los comprensivos. Se preocupaban lo suficiente como para ser honestos. Aprendí a ser más auténtico con mis compañeros de clase y amigos. La conspiración de ineptos me enseñó que no hay sustituto para la honestidad en las relaciones. Si no puedes ser quien tú eres, ¿quién eres?

Hipótesis 2: La disonancia después de la decisión genera necesidad de tranquilidad

De acuerdo con Festinger, decisiones que pudieran ser desastrosas pueden generar enormes cantidades de tensión interna tras haberse tomado la decisión. Tres condiciones intensifican la disonancia después de la decisión. (1) cuanto más importante sea la cuestión, (2) mayor será la tardanza del individuo en escoger entre dos opciones igualmente atractivas, y (3) cuánto más sea la dificultad que conlleve revertir la decisión una vez tomada, mayor será la agonía de la persona en cuanto a si él o ella ha elegido correctamente. A veces referidas como las dudas “de la mañana siguiente”, la aprehensión o las dudas que nos asedian luego de tomar una decisión difícil nos motivan a buscar información que valide nuestra decisión, al igual que apoyo social.

Un ejemplo clásico de disonancia después de la decisión es la agitación mental que experimenta cualquier persona después de firmar un contrato para comprar un auto nuevo. El costo es alto, hay muchos modelos atractivos para escoger, y el desembolso inicial compromete al cliente a llevar a cabo la compra. No es raro encontrar a un cliente en la librería absorto en las páginas del *Consumer Reports*, sección de automóviles, después de hacer la compra. El comprador busca información que apacigüe las molestosas dudas.

La vida cotidiana en la isla requirió que los estudiantes tomaran muchas decisiones grupales. ¿Qué clase de alimentos querían comprar con los fondos limitados? ¿Cuándo apagarían el generador en la noche? ¿Sobre qué base estaban dispuestos a que los evaluaran? Por mucho, la decisión más difícil para la mayoría de los estudiantes resultó ser el verbalizar o no verbalizar el conflicto que sentían hacia otra persona.

Karen: Un muchacho en el curso tenía la costumbre de abrazar a las personas; lo que me irritaba. El invadía mi espacio personal; una persona a quien no conocía muy bien. Finalmente, se lo dije de la manera más amable que podía, pero él no lo tomó bien. Aún recuerdo cuán destruida me sentí en mi interior. ¿Hice lo correcto?

Esa noche, Karen buscó el apoyo de las demás mujeres que había en el grupo. La tranquilidad que ellas le brindaron disipó el remordimiento de Karen. Ahora ella recuerda la experiencia como una positiva, el primer paso para aprender a no sentir temor de ser honesta con los demás y a hacer valer sus derechos.

Hipótesis 3: La justificación mínima para la acción induce un cambio en actitud

Los investigadores en persuasión han diferenciado desde hace tiempo entre obediencia colectiva y aceptación personal. Pero antes del desarrollo de la teoría de la disonancia cognitiva, parecía natural pensar en la actitud interna y la conducta externa como el principio y el fin de la secuencia de causa y efecto. Por ejemplo, suponga que quiero que los estudiantes en la isla estudien más y esquíen menos en el agua. La sabiduría convencional sugiere que debo convencerlos de que las asignaciones de lectura están repletas de un profundo entendimiento personal que pueden aplicar a sus vidas. Entonces estudiarán y valorarán el material.

Actitud Æ Conducta

La hipótesis de justificación mínima de Festinger reversa la secuencia. La hipótesis sugiere que, para mí, la mejor manera de estimular el interés duradero del estudiante en

cuanto a la literatura en dinámica de grupo es lograr que la lea.

Conducta Æ Actitud

Sin embargo, Festinger estableció una condición importante. En vez de dar a los estudiantes recompensas masivas por estudiar el material --otorgar aes automáticas, duplicar el presupuesto para alimentos, alabarlos en exceso-- yo debía ofrecerles únicamente el incentivo mínimo requerido para alejarlos de la playa y atraerlos a los libros.

Así que si uno quería obtener un cambio personal además de una mera obediencia colectiva, la mejor manera de hacerlo sería ofrecer sólo la recompensa o la corrección suficiente para provocar una obediencia palpable.⁶

La sugerencia de Festinger encaja con lo que observé en la isla. En los primeros años del curso, los resultados de las pruebas componían el grueso de la nota final. Los estudiantes responsablemente leían el material asignado, sin embargo, una vez finalizada la prueba, mostraban muy poco interés en las ideas presentadas. En los años subsiguientes, las pruebas rápidas (*quizzes*) contaban sólo para el 10 al 20 por ciento del grado total; sin embargo, los estudiantes aún cumplían con la lectura. Quizá los estimulaba cierto sentimiento de responsabilidad grupal o de presión para amoldarse. Cualquiera que fuese la razón, eran estos estudiantes quienes llevaban de vuelta un interés en los conceptos teóricos de la dinámica de grupo al campus. Desde mi perspectiva, la justificación mínima produjo los mejores resultados.

Joan: Con el paso del tiempo, de vez en cuando he pensado en que de todo el trabajo académico que he realizado a nivel doctoral el más que he retenido ha sido el curso en la isla.

Localización de causa y efecto de la disonancia

La naturaleza con poco sentido común de la hipótesis de justificación mínima de Festinger generó mucha hostilidad en los círculos de las ciencias sociales. Los teóricos que interpretaban todas las conductas como el resultado de incentivos parecían ofendidos ante la noción de que las recompensas pudieran perjudicar cualquier causa en vez de ayudarla. La controversia estimuló una avalancha de estudios por parte de los defensores y los detractores de la sorprendente predicción. Todo comenzó con el famoso experimento \$1/\$20.

¿Le mentiría yo a usted?

A finales de la década de los 50, Festinger y James Carlsmith reclutaron varones de la Universidad de Stanford para participar en un estudio psicológico con un propósito desconocido. Según cada uno de los varones llegaba al laboratorio, se le asignaba la aburrida y repetitiva tarea de sortear los grupos de carretes en lotes de doce y girar las clavijas cuadradas un cuarto a la derecha. El procedimiento estaba diseñado para ser tanto monótono como extenuante. Al cabo de una hora, el que conducía el experimento se acercaba al sujeto y le pedía algo. Un estudiante que trabajaba como auxiliar supuestamente no se había presentado y el investigador necesitaba a alguien que le sustituyera en decirle cuán divertido era el experimento a una posible participante en la sala de espera. Los investigadores en disonancia llaman a esto «persuasión radicalmente diferente». Nosotros lo llamamos mentir.

A algunos hombres les prometieron \$1 para manifestar entusiasmo en cuanto a la tarea; a otros les ofrecieron \$20. Es reconfortante saber que seis de los varones rehusaron participar en la farsa, pero la mayoría de los estudiantes trataron de reclutar a la joven. La conversación típica era similar para ambas condiciones de pago:

Ella: «Escuché que era aburrida».

El: «¡Oh, no! Es realmente muy interesante».

Lo que difería eran actitudes manifestadas en privado luego de terminar el estudio. Los estudiantes que mintieron por \$20 confesaron que ellos pensaron que la tarea de sortear los carretes era aburrida. Los que mintieron por \$1 se mantuvieron en que era mucho más agradable. (Festinger y Carlsmith pusieron en práctica su propio estilo de farsa en el estudio; los sujetos jamás recibieron el dinero prometido.)

A estas alturas usted debe tener una buena idea de cómo los teóricos de la disonancia analizan los resultados. Ellos apuntan a que \$20 era una cantidad enorme de dinero (valorada en más de \$50 en la economía actual). Si un estudiante sentía remordimiento por decir una «mentirilla», el dinero en efectivo era una justificación disponible. De ese modo, él sentía poca o ninguna tensión entre el acto y su actitud. Pero los varones que mintieron por un dólar tenían mucho trabajo cognitivo por hacer. La inconsecuencia lógica de decir que una tarea aburrida era interesante tenía que justificarse por medio de un diálogo interno:

Soy un hombre de Stanford. ¿Acaso soy el tipo de hombre que mentiría por un dólar? De ninguna manera. En realidad, lo que le dije a la chica era cierto. El experimento fue muy divertido.

Festinger dice que \$1 era apenas suficiente para inducir obediencia a la petición del que conduce el experimento; así que los estudiantes tenían que crear otra justificación. Ellos cambiaron sus actitudes hacia la tarea para acomodarlas a su conducta.

Usted probablemente piense en maneras alternas de explicar los hallazgos de Festinger y Carlsmith. El estudio se ha reproducido y modificado muchas veces en un esfuerzo de llenar las lagunas que pudieran dar cabida a otras explicaciones. Los resultados han hecho necesario que se califique la hipótesis de justificación mínima de Festinger. En la actualidad, muchos investigadores de la persuasión aceptan una versión revisada de la teoría de la disonancia cognitiva.

Para evitar la humillación: El animal que racionaliza

Al psicólogo social Elliot Aronson de la Universidad de California le atrajo la teoría de la disonancia cognitiva como consecuencia de la sorprendente predicción de la justificación mínima de Leon Festinger. De inmediato, él determinó que la teoría en su estado original tenía cierta «ambigüedad conceptual». Ésta no establecía las condiciones bajo las que una persona pudiera experimentar definitivamente disonancia. Cuando los primeros discípulos de Festinger no estuvieron seguros de qué era lo que predecía la teoría, la recomendación de ellos fue: «Si quiere estar seguro, pregúntele a Leon».

Aronson concluyó que la cuestión no era inconsecuencia *lógica*, sino inconsecuencia *psicológica*. No somos animales racionales; somos animales que racionalizamos que queremos aparentar que somos sensatos ante nosotros mismos. Él interpreta el experimento de \$1/\$20 como un estudio de mantenimiento de la autoestima. «Si la disonancia existe, es porque la conducta del individuo es incompatible con el concepto que tiene de sí mismo.»⁷ Los hombres de Stanford estaban en dificultades porque se consideraban como seres humanos decentes y honestos. Si ellos mismos se hubieran visto como mentirosos, tramposos o imbéciles, no hubieran sentido tensión.

De acuerdo con Aronson, la cantidad de disonancia que una persona puede experimentar es directamente proporcional con el esfuerzo que él o ella ha invertido en la conducta. Como el entrenamiento militar de los Marines es más estricto que el entrenamiento básico del ejército regular, Aronson pudiera esperar que un recluta sintiera mayor tensión si violara las normas de las tropas de desembarco del ejército de los Estados Unidos (Marine Corps). Mientras más difícil es entrar en un grupo, más valora el iniciado la afiliación. Rara vez un jugador de fútbol se jacta de que su entrenador organiza entrenamientos de poca intensidad.

Aun las reacciones de la zorra de Esopo tienen sentido a la luz del poco esfuerzo en energía que invirtiera el animal. Aronson apunta que la zorra no hubiera podido pensar que las uvas estaban verdes si hubiera dedicado toda la tarde a brincar para agarrarlas. Las actitudes siguen la conducta de acuerdo con el esfuerzo al que nos hayamos comprometido.

Para muchos de los que se matricularon en el seminario en la isla, el aspecto del curso que requirió más esfuerzo fue el ejercicio de expresión de lo que se piensa titulado «Este soy yo».⁸ Todas las noches después de cenar, alguien tenía treinta minutos ininterrumpidos para contar su vida. El formato abierto permitió a los estudiantes elegir el nivel de transparencia dentro de su zona de comodidad. Sin embargo, para algunos estudiantes penosamente tímidos como Jason, la disonancia anticipatoria era intensa. Como predice la teoría de la disonancia cognitiva, así fue la transformación.

Jason: Antes del momento autobiográfico «Este soy yo», estaba extremadamente nervioso. No podía imaginar hablar por tanto tiempo. Después estallé. Las palabras, el tiempo, los detalles, los eventos, los lugares emanaron en lo que uno de los fanáticos llamó más tarde «esta energía extraña». Tenía razón. Fue la primera divulgación importante de lo que pienso frente a un grupo. No recuerdo lo que dije, tan solo que fluyó con facilidad, con urgencia y después tantas preguntas. Me sentí amado, aceptado y, principalmente, una persona interesante. Fue la génesis de mi yo social.

Responsabilidad personal por resultados adversos

Como vaticinador de la disonancia, el temor de Aronson de parecer un tonto resultó más que la inconsecuencia lógica de Festinger. Pero quedó para los investigadores Robert Wicklund de la Universidad de Texas y su colega Jack Brehm de la Universidad de Kansas, establecer las condiciones definitivas en las que la persuasión radicalmente diferente produce un cambio en convicción. Ellos determinaron que la responsabilidad personal por consecuencias indeseables es la causa fundamental de la disonancia. Wicklund y Brehm también demostraron que tal sentido de responsabilidad llega exclusivamente cuando *prevemos* los problemas asomándose por el horizonte; sin embargo, *optamos* por seguir en la misma dirección. Los dos ejemplos del curso en la isla ilustran el vínculo entre la disonancia y la opción.

Pedí a los alumnos del curso en la isla que escribieran cuál fue el evento más significativo para ellos. Uno escribió acerca de la resistencia unánime que el grupo mostrara a su demanda de tener un galón de leche por día:

Larry: Argumenté a favor de comprar mucha leche para que durara el tiempo restante que pasábamos juntos. Cuando el grupo me vetó, insistí en montarme en el próximo vuelo que salía a comprar las provisiones. Así conseguiría la leche, pero aún no tanta como quería. Me sentí enojado por ser visto como un desviado ante el grupo, y tuve un altercado con un sabelotodo estúpido. Sabía que había tenido una confrontación con él y que no había nada que yo pudiera hacer.

Larry no asumió responsabilidad personal por el conflicto que se generó alrededor de él. Como sentía que no tenía opción, él no experimentó disonancia cognitiva; y la actitud de él jamás cambió. Contraste la respuesta de Larry, con la disonancia que Natalie describe.

Natalie: Descubrí algo que cambió mi vida durante un ejercicio de influencia. Mi pareja y yo «ganamos» el ejercicio, pero después me sentí muy mal por haber manipulado a los demás. La experiencia ha permanecido conmigo desde entonces porque vi gráficamente cómo puedo violentar la dignidad de otra persona cuando se activa el ansia de poder o la competencia. Ello repercutió en mi relación con mi esposo y cuando quiero “salirme con la mía”. Fue una experiencia decisiva.

Congruente con la predicción de Wicklund y Brehm, la percepción de herir a los demás era disonante con el concepto que Natalie tenía de un yo ideal, por lo que cambió su actitud competitiva. La disonancia cognitiva puede tener un efecto poderoso.

La crítica: Disonancia sobre disonancia

A pesar de revisiones extensas, la teoría de la disonancia cognitiva todavía tiene sus puntos débiles. En el capítulo 13, ilustré el problema de poder comprobarla con el lema de «un tiro que nunca falla» de mi amigo de la infancia en la cancha baloncesto que había frente a la cochera. De la misma manera, la disonancia cognitiva es la predicción de la teoría de la comunicación que nunca falla. Cuando funciona, los resultados son impresionantes. Cuando no funciona, el verdadero creyente interpreta el resultado negativo como evidencia tácita de que la persona en cuestión no sintió suficiente disonancia. Es decir, nunca se puede probar que la teoría está equivocada.

Los criterios para una buena teoría científica discutidos en el capítulo 3 también recomiendan la simplicidad. Muchos críticos consideran que la atracción de Festinger a la disonancia cognitiva como una explicación para un cambio de opinión es innecesariamente complicada. Por ejemplo, el psicólogo de la Universidad de Cornell, Daril Bern, está de acuerdo con que las actitudes cambian cuando una persona actúa con un mínimo de justificación, pero aduce que la *auto percepción* es una explicación mucho más simple que la disonancia cognitiva. Él cree que juzgamos nuestras disposiciones internas de la misma manera que lo hacen los demás; al observar nuestro comportamiento.

Bern ejecutó su propio estudio de \$1/\$20 para probar su explicación alterna. La gente escuchó una grabación del recuento entusiasta de la tarea de sortear los carretes y girar las clavijas que daba un hombre de Stanford. A algunos oyentes se les dijo que el hombre recibió \$1 por reclutar a la participante. Como él tenía poca razón obvia para mentir, ellos asumieron que ciertamente le gustó la tarea. A otros oyentes se les dijo que el hombre recibió \$20 por reclutar a la mujer. Éstos asumieron que el hombre estaba aburrido con la

tarea y mentía para obtener el dinero. Los sujetos de Bern no especularon en qué pasaba en el interior de la cabeza del hombre de Stanford. Sencillamente juzgaron la actitud del hombre al prestar atención a lo que hizo en tales circunstancias. Bern pregunta: si la gente no necesita un entendimiento de la disonancia cognitiva para predecir cómo el hombre reaccionaría, ¿por qué deben hacerlo los científicos sociales? Bern está convencido de que la teoría de la disonancia cognitiva es como la ratonera que se muestra en la página 36, demasiado compleja.

A pesar de los detractores, la teoría de la disonancia, como está actualmente, ha hecho una contribución significativa al área de cambio de actitud. Sus implicaciones son claras para el persuasor. Las tácticas de mucha presión pueden lograr una obediencia inmediata, pero no lograrán un compromiso a largo plazo. La venta agresiva pasó de moda: la venta persuasiva esta de moda.

La gente que quiere estimular un cambio permanente en actitud pudiera considerar desarrollar una relación cálida y continua con las personas a las que quiere influenciar. Así pueden evadir el proceso de exposición selectiva y estar presentes para restaurar la tranquilidad cuando se active la disonancia después de la decisión. El agente de cambio que comprenda la disonancia cognitiva ofrecerá incentivos para inducir a los demás a actuar de maneras novedosas, pero no tantas ni muy atractivas como para que los demás consideren la oferta como irresistible. Un partidario inteligente se esforzará en asegurarse de que la gente que responda favorablemente tenga una comprensión apropiada de las implicaciones futuras que tendrá la decisión tomada. Entonces si las cosas se complican, el recién converso no se complicará.

Preguntas para mejorar su enfoque

1. La disonancia cognitiva es un *estado mental angustiante*. ¿Cuándo fue la última vez que experimentó este *impulso antipático*? ¿Por qué pudo haber tenido problemas para contestar la pregunta?
2. Los resultados del famoso *ejercicio de Festinger de \$1/\$20* pueden explicarse de diversas maneras. ¿Cuál explicación le satisface a usted?
3. Suponga que usted quiere que sus amigos cambien las actitudes sexistas que tienen. ¿Qué consejo le ofrece la hipótesis de justificación mínima?
4. La teoría de la disonancia cognitiva me luce como «un tiro que nunca falla». ¿Qué se requeriría para hacer la teoría *medible*?

Un segundo vistazo

Fuente recomendada: Elliot Aronson, "The Rationalizing Animal," *Psychology Today*, May 1973, pp. 46-51.

Trabajo original: Leon Festinger, *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University, Stanford, Calif., 1957.

Fuente secundaria: Daniel J. O'Keefe, "Cognitive Dissonance," in *Persuasion: Theory and Research*, Sage, Newbury Park, Calif., 1990, pp. 61-78.

Exposición selectiva: Dolf Zillman and Jennings Bryant (eds.), *Selective Exposure to Communication*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, N.J., 1985.

Experimento de \$1/\$20: Leon Festinger and James Carlsmith, "Cognitive Consequences of Forced Compliance," *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 58, 1959, pp. 203-210.

Para evitar avergonzarse: Elliot Aronson, "The Theory of Cognitive Dissonance: A Current Perspective," in *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 4, Leonard Berkowitz (ed.), Academic Press, New York, 1969, pp. 2-34.

Responsabilidad personal: Robert Wicklund and Jack Brehm, *Perspectives on Cognitive Dissonance*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, N.J., 1976.

Desarrollo de la teoría: Elliot Aronson, "The Return of the Repressed: Dissonance Theory Makes a Comeback," *Psychological Inquiry*, Vol. 3, 1992, pp. 303-311.

Lo mejor: Joel Cooper and Russell Fazio, "A New Look at Dissonance Theory," in *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 17, Leonard Berkowitz (ed.), Academic Press, Orlando, Fla., 1984, pp. 229-266.

Auto-percepción: Daryl Bem, "Self-Perception: An Alternative Interpretation of Cognitive Dissonance Phenomena," *Psychological Review*, Vol. 74, 1967, pp. 183-200.

Crítica: Charles Lord, "Was Cognitive Dissonance Theory a Mistake?" *Psychological Inquiry*, Vol. 3, 1992, pp. 339-342.

Apéndice E

Formularios de garantía de calidad para RESPETO

Formulario de garantía de calidad para RESPETO Sesión 1

Nombre del proveedor _____ Tipo de CC: Grabación Observación
 Nombre del evaluador _____ Hora de comienzo de la sesión _____
 Fecha de la observación _____ Hora en que acaba la sesión _____
 Identificación del cliente _____

Actividades de Protocolo de la Sesión 1	No alcanzada	Alcanzada	N/A
Presentar y orientar al cliente a la sesión			
Presentarse al cliente			
Explicar el rol del proveedor			
Indicar la duración de la sesión			
Describir el contenido de la sesión			
Proveer referidos			
Discutir las actividades (prueba de laboratorio en lugares donde se hace la prueba) con el cliente			
Responder preguntas y preocupaciones inmediatas			
Aumentar la percepción que tiene el cliente de su propio riesgo			
Determinar por qué el cliente ha venido a hacerse la prueba			
Escuchar e identificar conductas que aumentan el riesgo del cliente			
Evaluar el nivel de preocupación que el cliente tiene sobre contraer/tener VIH			
Discutir el historial de prueba de VIH del cliente			
Evaluar si el cliente está participando en conductas de riesgo debido al resultado de una prueba previa de VIH			
Discutir ejemplos de conflictos entre creencias y conducta			
Explorar detalles específicos del incidente de riesgo más reciente			
Explorar quién, qué, cuándo, dónde del incidente de riesgo reciente			
Evaluar el nivel de riesgo aceptable para el cliente			
Evaluar la comunicación sobre VIH con las parejas			
Identificar circunstancias o situaciones que contribuyen al incidente de riesgo			
Identificar vulnerabilidades y precipitantes de riesgo relacionadas con el incidente de conducta de riesgo			
Discutir ejemplos de conflictos entre creencias y conducta			
Repasar experiencias previas de reducción de riesgo			
Evaluar el patrón de conducta de riesgo del cliente			
Identificar intentos exitosos para practicar sexo con protección			
Identificar obstáculos para reducción de riesgo			
Explorar precipitantes y situaciones que aumentan la			

Actividades de Protocolo de la Sesión 1	No alcanzada	Alcanzada	N/A
probabilidad de conductas de alto riesgo			
Evaluar las comunicaciones sobre riesgo del cliente con amistades y parejas			
Discutir el nivel aceptable de riesgo del cliente			
Discutir ejemplos de conflictos entre las creencias y la conducta del cliente			
Resumir el incidente de riesgo y los patrones de riesgo			
Proveer feedback acerca del riesgo de VIH del cliente			
Resumir la información que el cliente ha provisto			
Observar el patrón de conducta de riesgo			
Identificar precipitantes y cosas que hacen que el cliente esté más vulnerable			
Discutir ejemplos de conflictos entre creencias y conducta			
Comunicar preocupación y urgencia con respecto a los riesgos del cliente			
Apoyar y animar al cliente para que responda a problemas relacionados con riesgo			
Negociar el paso de reducción de riesgo			
Dar prioridad a reducción de conducta de riesgo			
Explorar conducta(s) con la cual el cliente esté más motivado a hacer o que esté más capacitado para alcanzar			
Identificar un paso razonable, pero retador, que conduzca a cambio de conducta			
Dividir el paso de riesgo en actos específicos y concretos			
Dramatizó el paso (si aplica)			
Identificar apoyo para el paso de reducción de riesgo			
Solucionó problemas relacionados con obstáculos para el paso			
Confirmó con el cliente que el paso es razonable y aceptable			
Reconocer que el paso es un reto y una oportunidad para repararlo en la próxima sesión			
Pedir al cliente que esté consciente de fortalezas y debilidades en el paso			
Documentar el paso de reducción de riesgo, guardar una copia para uno mismo			
Identificar fuentes de apoyo y proveer referidos			
Evaluar el sistema de apoyo del cliente			
Abordó los problemas de larga duración o que son difíciles de manejar que contribuyen al riesgo			
Evaluó la disponibilidad del cliente a buscar ayuda profesional o usar un referido			
Evaluar los tipos de referido con los que el cliente es más receptivo			

Actividades de Protocolo de la Sesión 1	No alcanzada	Alcanzada	N/A
Proveer los referidos apropiados			
Terminar la sesión			
Repasar el itinerario de seguimiento			
Identificar maneras para que el cliente recuerde la cita de seguimiento			
Repasar la información de contacto para el cliente y el proveedor			
Proceder con las directrices de la organización para obtener el espécimen para la prueba de VIH			

Formulario de garantía de calidad (CC) para RESPETO Sesión 2: Resultado negativo de prueba

Nombre del proveedor _____ Tipo de CC: Grabación Observación
 Nombre del evaluador _____ Hora de comienzo de la sesión _____
 Fecha de la observación _____ Hora en que acaba la sesión _____
 Identificación del cliente _____

Actividades de Protocolo de la Sesión 2	No alcanzada	Alcanzada	N/A
Dar resultado negativo de prueba			
Darle la bienvenida de nuevo al cliente			
Informar el resultado clara y sencillamente			
Explicar el significado del resultado			
Evaluar la reacción del cliente ante el resultado			
Observar si hay necesidad de considerar el resultado de la prueba en términos del incidente de exposición más reciente			
Repasar el paso de reducción de riesgo			
Evaluar los esfuerzos del cliente para tratar el paso de reducción de riesgo			
Proveer estímulo y apoyo a los esfuerzos de reducción de riesgo del cliente			
Identificar apoyos y barreras relacionadas con el paso de reducción de riesgo			
Resolver problemas relacionados con el paso			
Revisar el paso de reducción de riesgo			
Revisar o desarrollar un nuevo paso de reducción de riesgo			
Discutir un paso más retador o revisar el paso previo			
Identificar o clarificar actos para alcanzar el paso			
Confirmar con el cliente que el paso es razonable y alcanzable			
Documentar el paso revisado y entregar copia al cliente			
Identificar fuentes de apoyo para el paso de reducción de riesgo			
Enfatizar la importancia de que el cliente discuta con un amigo/familiar de confianza la intención y el contenido del paso			
Identificar una persona con la cual el cliente pueda divulgar el paso cómodamente			
Establecer un enfoque concreto y específico para que el cliente lo use para compartir el paso con un amigo/pariente			
Pedir al cliente que esté consciente de las fortalezas/debilidades cuando lo esté intentando			
Hacerle saber al cliente que usted sabe que él o ella tiene la habilidad de completar el paso			

Proveer referido y terminar la sesión			
Si se dio un referido en la sesión anterior, dar seguimiento para ver si el cliente lo hizo.			
Abordar los problemas de larga duración o que son difíciles de manejar que contribuyen al riesgo			
Evaluar la disponibilidad del cliente para buscar ayuda profesional y usar el referido			
Evaluar los tipos de referidos			
Proveer referido apropiado			
Hacer cierre			

Formulario de garantía de calidad (CC) para RESPETO Sesión 2: Resultado positivo de prueba

Nombre del proveedor _____ Tipo de CC: Grabación Observación
 Nombre del evaluador _____ Hora de comienzo de la sesión _____
 Fecha de la observación _____ Hora en que acaba la sesión _____
 Identificación del cliente _____

Actividades de Protocolo de la Sesión 2	No alcanzada	Alcanzada	N/A
Dar resultado positivo de prueba			
Darle la bienvenida de nuevo al cliente			
Volver a explicar lo que es confidencialidad			
Verificar que el resultado pertenece al cliente			
Evaluar si el cliente está listo/a para recibir el resultado			
Informar el resultado clara y sencillamente			
Permitir que el cliente absorba el significado del resultado			
Evaluar cómo el cliente está manejando el resultado			
Responder a preocupaciones y miedos inmediatos			
Reconocer el reto de lidiar con un resultado positivo			
Repasar el paso de reducción de riesgo			
Evaluar a quién el cliente le hablará sobre su resultado positivo			
Identificar persona, familiar o amigo para que ayude al cliente a través del proceso de lidiar con VIH (manejo y apoyo, planificación para el futuro, seguimiento médico)			
Discutir estrategias de salud y bienestar			
Identificar recursos de atención médica disponibles en la actualidad			
Informar sobre la necesidad que los proveedores de atención médica sepan el resultado de la prueba del cliente			
Explorar el acceso del cliente a servicios médicos (prueba de ETS, atención médica de rutina, prueba diagnóstica de tuberculosis)			
Identificar referidos médicos necesarios			
Evaluar la receptividad del cliente a referidos			
Ayudar al cliente a acceder servicios de referidos			
Discutir asuntos relacionados con reducción de riesgo			
Referir al paso de reducción de riesgo del cliente			
Evaluar el plan del cliente para reducir el riesgo de transmisión a parejas actuales			
Explorar el plan del cliente para reducir el riesgo de transmisión a parejas futuras			
Hablar sobre informarle a sus parejas actuales y futuras sobre el estatus de VIH			
Promover que el cliente proteja a otras personas contra			

Actividades de Protocolo de la Sesión 2	No alcanzada	Alcanzada	N/A
el VIH			
Resumir y terminar la sesión			
Validar los sentimientos del cliente			
Resumir los puntos importantes discutidos			
Repasar la información de contacto y hacer arreglos para dar seguimiento			
Obtener los planes del cliente con respecto al próximo paso			
Terminar la sesión			

Apéndice F

Recursos

Directrices revisadas para consejería, prueba y referidos para VIH MMWR

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>

Garantía de calidad para la consejería para la prevención del VIH en una prueba aleatoria controlada realizada en múltiples centros

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1382050>

Directrices para servicios de consejería y referidos para parejas (bajo revisión)

<http://www.cdc.gov/hiv/resources/guidelines/pcrs/index.htm>

Apéndice G

Materiales requeridos para las DEBI

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Guías provisionales revisadas del contenido referido a VIH para materiales escritos, gráficos, audiovisuales, cuestionarios, instrumentos de encuestas y sesiones educativas relacionadas con el SIDA para los programas de ayuda de los CDC

I. Principios básicos

Para controlar la propagación de las infecciones por VIH y de los casos de SIDA es necesario promover comportamientos individuales que eliminen o reduzcan el riesgo de contraer y transmitir el virus. El mensaje para el público debe destacar las formas en que cada persona, por sí misma, pueden protegerse contra él. Los métodos incluyen la abstinencia total del uso ilegal de drogas intravenosas y de relaciones sexuales, salvo que se mantengan en una relación monógama mutua con una pareja no infectada.

También deben darse a conocer los métodos para reducir la posibilidad de contraer o transmitir el virus entre aquellas personas que no quieren o no pueden interrumpir un comportamiento de riesgo. A menudo, esos mensajes son muy polémicos. Los principios delineados en este documento tienen como objetivo brindar una guía para el desarrollo y el uso de materiales educativos relacionados con el SIDA y el VIH, los que han sido diseñados o adquiridos total o parcialmente gracias a los fondos para prevención del VIH de los CDC; y solicitar la creación de al menos un Panel de Revisión de Programas, por estado y por Departamentos de Salud locales, a fin de considerar lo apropiado de los mensajes diseñados para comunicarse con los distintos grupos. Los Departamentos de Salud locales y estatales pueden, si lo consideran adecuado, establecer múltiples Paneles de Revisión de Programas para considerar si los mensajes diseñados para comunicarse con los distintos grupos son o no son apropiados.

A. Los materiales escritos (panfletos, folletos, currículos, volantes), audiovisuales (películas y cintas de video), gráficos (pósters y otros materiales educativos similares con fotografías, diapositivas, dibujos o pinturas); de marketing, promoción y propaganda, de educación sobre el VIH y el SIDA publicados en la Web y los cuestionarios e instrumentos de encuestas deben utilizar los términos, descriptores o gráficos necesarios para que el público destinatario pueda entender cuáles son los comportamientos peligrosos, y también deben explicar las prácticas que eliminan o reducen el riesgo de contagiar o transmitir el VIH.

B. Los materiales escritos, audiovisuales, gráficos, de marketing, promoción y propaganda, de educación sobre el VIH y el SIDA publicados en la Web y los cuestionarios e instrumentos de encuestas deben ser revisados por un Panel de Revisión de Programas creado por un Departamento de Salud estatal o local, en cumplimiento de las estipulaciones de la sección 2500(b), (c), y (d) de la Ley de

Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act), 42 U.S.C. Sección 300ee(b), (c) y (d), según se describe a continuación:

SEC. 2500. USO DE FONDOS.

(b) Contenido de los programas: todos los programas de educación e información que reciban fondos bajo ese título deberán incluir información acerca de los efectos dañinos de las relaciones sexuales promiscuas y el abuso de drogas intravenosas, y también de los beneficios de abstenerse de tales acciones.

(c) Limitaciones: ninguno de los fondos apropiados para cumplir con este título podrá utilizarse para brindar educación o información diseñada para promover o alentar, directamente, ninguna actividad sexual, ya sea homo o heterosexual, ni ningún abuso de drogas intravenosas.

(d) Interpretación: la subsección (c) no puede interpretarse como una restricción a que un programa educativo incluya la información solicitada en la subsección (b) relativa a la entrega de información precisa acerca de los distintos medios para reducir el riesgo de una persona de exponerse o transmitir el agente etiológico del síndrome de deficiencia inmunoadquirida, siempre que los materiales informativos utilizados no sean obscenos.

C. Las sesiones educativas no deben incluir actividades en las que los participantes deban participar en contactos físicos sexualmente provocativos o en relaciones sexuales reales.

D. Los Paneles de Revisión de Programas deben asegurarse de que el título de los materiales creados y presentados para revisión refleje el contenido de la actividad o el programa.

E. Si los materiales sobre el VIH incluyen una discusión sobre condones, deben cumplir con lo estipulado en la Sección 317P de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act), 42 U.S.C. Sección 247b-17, que establece lo siguiente en el apartado pertinente: “materiales educativos . . . específicamente diseñados para abordar las enfermedades de transmisión sexual (ETS) . . . contendrán información precisa desde el punto de vista médico con respecto a la eficacia o falta de eficacia de los condones para prevenir las ETS en los materiales a los que están dirigidos.”

II. Panel de Revisión de Programas

Cada recipiente deberá identificar al menos un Panel de Revisión de Programas, creado por un Departamento de Salud estatal o local en su propia jurisdicción. Estos paneles revisarán y aprobarán todos los materiales escritos, gráficos, audiovisuales, de marketing, de promoción y propaganda y publicados en la Web, así como también cuestionarios o instrumentos de encuestas (si estos últimos han sido previamente revisados por una Junta de revisión institucional, el uso de dichos cuestionarios o instrumentos de encuestas estará limitado al proyecto de investigación designado). Este requisito se aplica sin importar que el solicitante quiera conducir las actividades del programa total o parcialmente a través de otra u otras organizaciones, o que las actividades del programa involucren la creación de materiales exclusivos o utilicen y distribuyan materiales intactos o modificados ya diseñados por otros.

Los materiales diseñados por el Departamento de Salud y Servicios Humanitarios (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos no necesitan ser revisados por un panel. Los miembros de cada Panel de Revisión de Programas deben entender cómo puede o no transmitirse el VIH y también cuáles son las características epidemiológicas y el alcance del VIH y el SIDA en la población local y en el público específico al que se destinarán los materiales.

A. Para conducir sus revisiones, el Panel de Revisión de Programas usará como guía los Principios básicos de los CDC (ver Sección I más arriba). Cada panel está autorizado a revisar únicamente los materiales, pero no puede evaluar la propuesta en su totalidad ni sustituir a ningún otro panel de revisión interno o procedimiento de la organización recipiente o la jurisdicción del gobierno local.

B. Los solicitantes de ayuda a los CDC deberán incluir lo siguiente en sus pedidos:

1. Identificación de al menos un panel, creado por el Departamento de Salud estatal o local y formado al menos por cinco personas que representen una muestra aleatoria y representativa de la población de la jurisdicción donde se realizará el programa. Dado que los Paneles de Revisión de Programas revisan materiales para distintas audiencias destinatarias, ningún grupo específico podrá dominar la composición del panel, salvo lo especificado en la subsección (d) más abajo.

Además:

a. Los paneles a cargo de la revisión de materiales para una audiencia específica deberán beneficiarse de la experiencia de los individuos que pueden representar el idioma y la sensibilidad cultural de dicha audiencia destinataria, ya sea como representantes o como asesores del panel.

D. Los paneles deben asegurarse de que el título de los materiales creados y presentados para revisión refleje el contenido de la actividad o el programa.

c. La composición de los Paneles de Revisión de Programas debe incluir un empleado de un Departamento de Salud estatal o local con la experiencia adecuada en el área

bajo consideración, el cual será designado por dicho Departamento como su representante ante el panel.

d. Los paneles a cargo de la revisión de materiales diseñados para poblaciones minoritarias por raza o etnicidad deberán cumplir los términos de los puntos a, b, y c anteriores. No obstante, todos los miembros del Panel de Revisión de Programas podrán provenir predominantemente de dichas poblaciones minoritarias.

2. Una carta o memorando al solicitante enviada por el Departamento de Salud local o estatal, que incluirá:

a. El acuerdo con esta guía y la garantía de que se cumplirán todas sus estipulaciones.

b. La identidad de los miembros del Panel de Revisión de Programas, incluidos sus nombres, ocupaciones y cualquier otra afiliación a organizaciones que fue considerada para su incorporación al panel.

C. Cuando se otorgue una subvención o un acuerdo cooperativo, y periódicamente a partir de ese momento, el recipiente deberá:

1. Presentar copias de los materiales escritos, gráficos, audiovisuales, de marketing, de promoción y propaganda y publicados en la Web, así como también cuestionarios o instrumentos de encuestas que se utilizarán para su evaluación ante el o los Paneles de Revisión de Programas creados y debidamente identificados por el Departamento de Salud estatal o local. El panel deberá prestar especial atención para asegurarse de que ninguno de los materiales mencionados anteriormente incumpla las estipulaciones de las Secciones 2500 y 317P de la Ley de Servicios de Salud Pública.

2. Entregar los textos, argumentos o descripciones generales de los materiales escritos, gráficos, audiovisuales, de marketing, de promoción y propaganda y publicados en la Web que se utilizarán para su evaluación ante el o los Paneles de Revisión de Programas creados y debidamente identificados por el Departamento de Salud estatal o local.

3. Antes de desembolsar los fondos relacionados con el uso final de estos materiales en el programa, deberá asegurarse de que los archivos del proyecto contengan una declaración firmada por el presidente del o de los Paneles de Revisión de Programas debidamente identificados y creados por el Departamento de Salud estatal o local, en el que se especificará el voto de aprobación o desaprobarción para cada ítem propuesto y presentado ante el panel.

4. Se incluirá una certificación de que los funcionarios contables del Departamento de Salud estatal o local han revisado independientemente los materiales escritos, gráficos, audiovisuales, de marketing, de promoción y propaganda y publicados en la Web en cuanto a su cumplimiento de las Secciones 2500 y 317P de la Ley de Servicios de

Salud Pública, y han aprobado el uso de dichos materiales en su jurisdicción para las organizaciones de la comunidad patrocinadas directa o indirectamente.

5. Tal como se requiere en la nota de adjudicación de subvenciones, mediante informes de progreso regular se enviará a los CDC las declaraciones del presidente del o de los Paneles de Revisión de Programas especificando el voto de aprobación o no aprobación de cada ítem propuesto encuadrado en esta guía.

D. Las organizaciones patrocinadas por los CDC de alcance nacional o regional (varios estados) o que quieran distribuir los materiales según se describe anteriormente entre otras organizaciones en el ámbito nacional o regional, deberán identificar un único Panel de Revisión de Programas que cumpla con este requisito. Las guías identificadas en las Sección I.A. a I.D, y II.A. a II.C. descritas anteriormente también se aplicarán. Además, dichos paneles nacionales o regionales incluirán como miembro a un empleado del Departamento de Salud estatal o local.

[Federal Register Doc. 04-13553, Filed 6-15-04, 8:45 am]

**EL ABC DEL COMPORTAMIENTO
INTELIGENTE *para evitar o reducir el
riesgo del VIH o la hepatitis viral***

A representa **A**bstinencia.

B nos recuerda que debemos decir ¡**B**asta! a las múltiples parejas sexuales y mantenernos fieles a una sola.

C quiere decir que usaremos **C**ondones siempre y correctamente.

Hoja informativa para trabajadores de la salud pública:

Condomes masculinos de látex y enfermedades de transmisión sexual

En junio del 2000, los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Dirección Federal de Fármacos y Medicamentos (FDA) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), convocaron un seminario para evaluar las pruebas publicadas que establecían la eficacia de los condones masculinos de látex para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS), en ellas el VIH. En julio del 2001 se completó un informe resumido de dicho seminario (<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>). Esta hoja informativa se ha creado sobre la base del informe del seminario de los NIH y de otros estudios no contemplados en dicho informe o publicados luego de concluido el evento (ver [link](#) para obtener referencias adicionales). La mayoría de los estudios epidemiológicos comparan las tasas de transmisión de las ETS entre las personas que usan y las que no usan condones durante el coito penil-vaginal.

Las recomendaciones relacionadas con el condón masculino de látex y la prevención de las enfermedades transmitidas sexualmente, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se basan en la información sobre las diferentes formas de transmisión de dichas ETS, las propiedades físicas de los condones, la cobertura anatómica o protección que estos brindan y otros estudios epidemiológicos sobre el uso de condones y el riesgo de ETS.

La manera más segura de evitar el contagio de enfermedades transmitidas sexualmente es abstenerse del coito o mantenerse en una relación a largo plazo mutuamente monógama con una pareja que se ha hecho las pruebas correspondientes y ha determinado así que no está infectada.

El riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual entre las personas con comportamientos sexuales de riesgo puede reducirse mediante el uso constante y correcto del condón masculino de látex. No obstante, ningún método de protección es cien por ciento eficaz, y el uso del condón no puede garantizar la protección absoluta contra ninguna ETS. Además, los condones lubricados con espermicidas no son más eficaces que otros condones lubricados en cuanto a la protección contra la transmisión del VIH y otras ETS. A fin de lograr el efecto protector de los condones, estos deben usarse de manera constante y correcta. Su uso incorrecto puede conducir a pérdidas o roturas, y por lo tanto a la reducción del efecto protector. El uso inconstante, es decir, no usar el condón con cada relación sexual que se mantiene, puede conducir al contagio con una ETS porque la transmisión puede ocurrir en un solo coito.

Aunque el uso del condón se ha asociado a un riesgo más bajo de cáncer cervical, su práctica constante no debe sustituir los controles rutinarios mediante pruebas de Papanicolau para detectar y prevenir esta enfermedad.

Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH

Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH

Los condones de látex, usados en forma constante y correctamente, son altamente eficaces para prevenir la transmisión del VIH, el virus que causa el SIDA. Además, su uso constante y correcto puede reducir el riesgo de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), como la secreción vaginal y las úlceras genitales. Aunque los efectos del condón en la prevención del papilomavirus humano (PVH) aún no se conocen, el uso del condón ha sido asociado con una tasa más baja de cáncer cervical, que es una enfermedad relacionada con el PVH.

Existen dos formas básicas en las que se puede transmitir una ETS: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la gonorrea, la clamidia y la tricomonosis –las enfermedades secretoras– se transmiten cuando se produce el contacto entre el semen o e fluido vaginal infectados y las mucosas (por ejemplo, la uretra masculina, la vagina o la matriz). Por el contrario, las úlceras genitales –herpes, sífilis y chancro– y el papilomavirus humano se transmiten principalmente a través del contacto con la piel o las mucosas infectadas.

Algunos estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex proporcionan una barrera esencialmente impermeable que impide el paso de partículas del tamaño de los patógenos de las ETS.

Bases teóricas que justifican la protección. Los condones pueden proveer diferentes niveles de protección para las distintas enfermedades de transmisión sexual, de acuerdo con las formas de transmisión de cada una de ellas. Dado que los condones bloquean la liberación del semen o protegen la uretra masculina contra su exposición a las secreciones vaginales, el grado de protección es mayor para las enfermedades secretoras. Para las úlceras genitales o el VPH el grado de protección es más bajo, debido a que esas infecciones pueden transmitirse por exposición a ciertas áreas, por ejemplo, la piel o las mucosas infectadas que no estén cubiertas ni protegidas por el condón.

Los estudios epidemiológicos tratan de medir el efecto protector de los condones mediante la comparación de las tasas de ETS entre los usuarios y los no usuarios de condones en entornos de la vida real. El desarrollo de dichas mediciones para la eficacia del condón representa un desafío. Dado que esos estudios involucran comportamientos privados que los investigadores no pueden observar directamente, es difícil determinar en forma precisa si una persona es usuaria de condones o si los usa en forma constante y correctamente. De ese modo, puede ser muy difícil determinar el grado de exposición a las ETS entre los participantes de los estudios. Estos problemas

se agrupan a menudo en estudios que emplean un diseño “retrospectivo”, es decir, estudian los riesgos y los comportamientos medidos en el pasado.

Por ese motivo, las mediciones de la eficacia del condón que se han observado podrían ser imprecisas. La mayoría de los estudios epidemiológicos de las ETS, sin contar el VIH, se caracterizan por estas limitaciones metodológicas y, por lo tanto, los resultados varían ampliamente entre ellos, asignando al uso del condón desde una falta total hasta un grado significativo de protección. Esta imperfección de los datos epidemiológicos acerca de la eficacia del condón indica la necesidad de realizar más investigaciones, y no la ineficacia de los condones de látex. A diferencia de lo que sucede con otras ETS, para las infecciones por VIH se han realizado una cantidad de estudios en profundidad, los que mediante métodos y mediciones más rigurosas han demostrado que el uso constante del condón es un medio altamente eficaz de prevenir la transmisión de ese virus.

Hay otros tipos de estudios epidemiológicos que conllevan el examen de las tasas de ETS en poblaciones, no en individuos. Dichos estudios han demostrado que cuando el uso del condón aumenta en ciertos grupos de una población, las tasas de ETS declinan en dichos grupos. Otros estudios han examinado la relación entre el uso de condones y las complicaciones de las infecciones transmitidas sexualmente. Por ejemplo, el uso del condón ha sido asociado con una tasa más baja de cáncer cervical, que es una enfermedad relacionada con el PVH.

A continuación se incluye información específica acerca del VIH, la secreción vaginal, las úlceras genitales y el papilomavirus humano, incluidos los datos de los estudios de laboratorio, las bases teóricas que justifican la protección y los estudios epidemiológicos.

VIH / SIDA

VIH, el virus que causa el SIDA

Los condones de látex, usados en forma constante y correctamente, son altamente eficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH, el virus que causa el SIDA.

El SIDA es, con mucho, la enfermedad de transmisión sexual con mayor índice de mortalidad, por lo que existen muchas más pruebas científicas con respecto a la eficacia de los condones para prevenir la infección por VIH que por otras ETS. El conjunto de investigaciones sobre la eficacia de los condones de látex para prevenir la transmisión del VIH es amplio y concluyente. De hecho, la capacidad de los condones de látex para impedir la transmisión del VIH se ha determinado científicamente en estudios realizados “en la vida real” con parejas activas sexualmente y también en estudios de laboratorio.

Algunos estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex proporcionan una barrera esencialmente impermeable que impide el paso de partículas del tamaño de los patógenos de las ETS.

Bases teóricas que justifican la protección. Los condones de látex cubren el pene y ofrecen una barrera eficaz contra la exposición a secreciones como el semen o los fluidos vaginales, bloqueando así el acceso a las infecciones por VIH transmitidas durante las relaciones sexuales.

Los estudios epidemiológicos realizados en entornos reales, en los que un miembro de la pareja está infectado por el VIH y el otro no, demuestran concluyentemente que el uso constante de condones de látex brinda un alto grado de protección.

Enfermedades secretoras, incluidas la gonorrea, la clamidia y la tricomonosis

Enfermedades secretoras, excluido el VIH Los condones de látex, usados en forma constante y correctamente, pueden reducir el riesgo de transmisión de gonorrea, clamidia y tricomonosis.
--

La gonorrea, la clamidia y la tricomonosis se denominan enfermedades secretoras porque se transmiten sexualmente por las secreciones genitales, como el semen o los líquidos vaginales. El VIH también se transmite por las secreciones genitales.

Algunos estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex proporcionan una barrera esencialmente impermeable que impide el paso de partículas del tamaño de los patógenos de las ETS.

Bases teóricas que justifican la protección. Las propiedades físicas de los condones de látex protegen contra las enfermedades secretoras como la gonorrea, la clamidia y la tricomonosis porque crean una barrera contra las secreciones que transmiten los organismos causantes de las ETS.

Los estudios epidemiológicos que comparan las tasas de infección entre los usuarios y los no usuarios de condones aportan pruebas de que los condones de látex pueden proteger contra la transmisión de la clamidia, la gonorrea y la tricomonosis. No obstante, los resultados de algunos estudios epidemiológicos demuestran que la protección contra estas infecciones es escasa o nula. Muchos de los estudios epidemiológicos disponibles no se diseñaron ni se llevaron a cabo con métodos que permitieran obtener mediciones precisas de la eficacia de los condones contra las enfermedades secretoras. Es necesario realizar más investigaciones para poder evaluar el grado de protección que brindan los condones contra las enfermedades secretoras, fuera del VIH.

Úlceras genitales y papilomavirus humano

Úlceras genitales y papilomavirus humano

Las úlceras genitales y las infecciones por el PVH pueden producirse en las áreas genitales masculinas y femeninas, tanto protegidas o cubiertas por un condón de látex como sin proteger o cubrir. El uso constante y correcto de los condones de látex puede reducir el riesgo de herpes genitales, sífilis y chancro, pero únicamente cuando el área infectada o la zona de posible exposición están cubiertas. Aunque los efectos del condón en la prevención del papilomavirus humano aún no se conocen, el uso del condón ha sido asociado con una tasa más baja de cáncer cervical, que es una enfermedad relacionada con el PVH.

Úlceras genitales, incluido el herpes genital, la sífilis y el chancro. Estas enfermedades se transmiten principalmente a través del contacto “piel a piel” entre zonas infectadas o con úlceras y llagas que no se observan a simple vista. Las infecciones por PVH se transmiten mediante el contacto entre la piel de los genitales o mucosas y los fluidos infectados. Las úlceras genitales y las infecciones por el PVH pueden producirse tanto en las áreas genitales masculinas como femeninas, estén o no cubiertas (protegidas por el condón).

Algunos estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex proporcionan una barrera esencialmente impermeable que impide el paso de partículas del tamaño de los patógenos de las ETS.

Bases teóricas que justifican la protección. La protección contra las úlceras genitales y el VPH depende de la ubicación de la úlcera o llaga, o la infección. Los condones de látex sólo pueden proteger contra la transmisión cuando las úlceras o infecciones se encuentran en las zonas genitales cubiertas o protegidas por el condón. Por ese motivo, se confía en que el uso constante y correcto de los condones de látex proteja contra la transmisión de úlceras genitales y VPH en algunos casos, pero no en todos.

Los estudios epidemiológicos que comparan las tasas de infección entre los usuarios y los no usuarios de condones aportan pruebas de que los condones de látex pueden proteger contra la transmisión de la sífilis y el herpes genital. No obstante, los resultados de algunos estudios epidemiológicos demuestran que la protección es escasa o nula. Muchos de los estudios epidemiológicos disponibles no se diseñaron ni se llevaron a cabo con métodos que permitieran obtener mediciones precisas de la eficacia de los condones contra las úlceras genitales. Algunos estudios no concluyentes han abordado específicamente el tema de la transmisión del chancro y el uso de condones, aunque varios han documentado una reducción en el riesgo de úlceras genitales en los entornos donde el chancro es una causa importante de úlceras genitales. Es necesario realizar más investigaciones para poder evaluar el grado de protección que brindan los condones contra las úlceras genitales.

Aunque los resultados de algunos estudios epidemiológicos han demostrado tasas más bajas de infección por VPH entre los usuarios de condones, la mayoría no lo han hecho. Es particularmente difícil analizar la relación entre el uso de condones y la infección por VPH porque a menudo ésta sólo se detecta en forma intermitente, y también porque es difícil evaluar la frecuencia de otras infecciones, ya sean nuevas o existentes. Muchos de los estudios epidemiológicos disponibles no se diseñaron ni se llevaron a cabo con métodos que permitieran obtener mediciones precisas de la eficacia de los condones contra la infección por PVH.

Sin embargo, los resultados de varios estudios demuestran una relación entre el uso de condones y la reducción del riesgo de contraer enfermedades asociadas al VPH, incluidas las verrugas genitales, la displasia cervical y el cáncer cervical. Aunque los resultados de algunos estudios indican una reducción de casos de cáncer cervical entre los usuarios de condones, se desconocen las causas de esta conclusión. Se sabe que para que se produzca un cáncer cervical debe existir una infección por VPH, pero también que ésta no es suficiente por sí misma. Las infecciones compartidas con otras ETS podrían ser un factor determinante del aumento de probabilidades de que la infección por VPH provoque el cáncer cervical. Es necesario realizar más investigaciones para poder evaluar el grado de protección que brindan los condones contra la infección por VPH y las enfermedades asociadas con este virus.

Uso anticonceptivo del espermicida Nonoxynol-9, Estados Unidos, 1999

MMWR, Mayo 10, 2002 (Vol. 51, No. 18).

En los Estados Unidos, la mayoría de las mujeres que padecen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se contagian a través de una relación sexual y su elección de anticonceptivo puede tener un impacto en el riesgo de transmisión del VIH durante el contacto sexual con una persona infectada. La mayoría de los anticonceptivos no protegen contra la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (1), y el uso de algunos que contienen nonoxynol-9 (N-9) puede aumentar ese riesgo en el caso del VIH. Tres pruebas comparativas y aleatorizadas del uso de los anticonceptivos con N-9, realizadas con trabajadores del sexo remunerados (TSR) de África, no pudieron demostrar ninguna protección contra la infección por VIH (2--4); una de ellas demostró un aumento del riesgo (3). Los anticonceptivos con N-9 tampoco otorgaron protección contra la *Neisseria gonorrhoeae* y la *Chlamydia trachomatis* en dos pruebas aleatorizadas (5,6), una de ellas entre los TSR de África y otra entre mujeres reclutadas en una clínica de ETS de los Estados Unidos. Dado que la mayoría de las mujeres en los estudios africanos tenían una actividad sexual muy frecuente, su riesgo de exposición al N-9 y probablemente también a la población de hombres con una alta prevalencia de VIH y ETS era muy alto, por lo que las implicaciones de ese estudio en los realizados con mujeres de Estados Unidos no está clara. Para determinar el alcance del uso de anticonceptivos con N-9 entre estas mujeres, los CDC evaluaron los datos proporcionados por las clínicas de planificación familiar de EE.UU. correspondientes a 1999. Según el informe que resume sus resultados, algunas mujeres de este país usan anticonceptivos con N-9. Las mujeres sexualmente activas deben tener en cuenta su riesgo personal de infección por VIH o ETS cuando eligen un método anticonceptivo. Los proveedores de servicios de planificación familiar deben informar a las mujeres cuáles es el riesgo de que los anticonceptivos con N-9 no las protejan contra las infecciones por VIH y ETS.

Los CDC recogieron información sobre los tipos de anticonceptivos con N-9 comprados y las guías del programa de planificación familiar FPP (*Family Planning Program*) para el uso de este tipo de anticonceptivos. El programa FPP nacional, autorizado por el Título X de la Ley de Servicios de Salud Pública, atiende aproximadamente a 4.5 millones de mujeres por año, en su mayoría de bajos ingresos. Los datos del programa correspondientes a 1999 se obtuvieron en las diez regiones de los Departamentos de Salud y Servicios Humanitarios (HHS), sobre la cantidad de clientes femeninas en total y la que informó haber usado condones o anticonceptivos con N-9 como método anticonceptivo primario. Los CDC obtuvieron información de compra limitada a 1999 para algunos anticonceptivos con N-9 específicos y guías de programas de ocho FPP estatales o territoriales dentro de seis regiones HHS. Se pidió ayuda a los Departamentos de Salud estatales, a los patrocinadores de los centros de planificación familiar y a sus consejos directivos, a fin de recoger datos sobre los patrones de compra de los 91 centros subvencionados; ocho de los doce programas FPP que respondieron proporcionaron datos suficientes para realizar el análisis.

En 1999, del 7% al 18% en total de las mujeres asistentes a las clínicas de planificación familiar informaron haber utilizado condones como anticonceptivo primario. No se incluyó el porcentaje de condones lubricados con N-9. Del 1% al 18% en total de todas las mujeres que asistían a las clínicas de planificación familiar informaron haber utilizado anticonceptivos con N-9 (en vez de condones) como método primario de anticoncepción. Entre los ocho FPP que suministraron datos de compra, la mayoría (87%) de los condones utilizaban N-9 como lubricante (Tabla 2). Los ocho programas FPP habían comprado anticonceptivos con N-9 (es decir, películas y supositorios vaginales, jaleas, cremas y espumas) para usar solos o en conjunto con diafragmas u otros productos anticonceptivos. Cuatro de las ocho clínicas tenían protocolos o guías de programas que establecían que las espumas que contenían N-9 debían dispensarse rutinariamente con los condones; dos programas adicionales informaron de que a pesar de la ausencia de un protocolo clínico, la práctica era común. No se dispone de los datos de los otros dos programas.

Preparado por: *The Alan Guttmacher Institute, New York, New York. Office of Population Affairs, U.S. Dept of Health and Human Services, Bethesda, Maryland. A Duerr, MD, C Beck-Sague, MD, Div Reproductive Health, National Center Chronic Disease and Public Health Promotion; Div of HIV and AIDS Prevention, National Center HIV/AIDS, STDs, and TB Prevention; B Carlton-Tohill, EIS Officer, CDC.*

Nota de la redacción:

Las conclusiones de este informe indican que en 1999, antes de sacar a la venta las publicaciones más recientes sobre N-9 y VIH/ETS (4,6,7), las clínicas de planificación familiar bajo el Título X de los Estados Unidos compraban y distribuían anticonceptivos con N-9. En un grupo de al menos ocho de estas clínicas, la mayoría de los condones comprados eran lubricados con N-9; este valor coincide con las tendencias en las compras de condones del público en general (8). Las guías de tratamiento de ETS del 2002 establecen que los condones lubricados con espermicidas no son más eficaces que el resto en cuanto a protección contra la transmisión de la infección por VIH y otras ETS (7). Los CDC recomiendan seguir distribuyendo los condones lubricados con N-9 comprados previamente hasta su fecha de expiración. La cantidad de N-9 que contiene un condón lubricado con espermicida es pequeña en comparación con las dosis probadas en los estudios realizados en África, y es preferible usar condones lubricados con N-9 que no usarlos en absoluto. Ya no se recomienda más la compra de condones lubricados con N-9, por su alto costo, su escaso período de validez, su asociación con infecciones del tracto urinario en mujeres jóvenes, y la falta de beneficios aparentes en comparación con otros condones lubricados (7).

El gel espermicida se usa en conjunto con diafragmas (1); sólo los diafragmas combinados con el uso de espermicida están aprobados como anticonceptivos. No se sabe con certeza cuáles son las contribuciones respectivas de la barrera física (diafragma) y la barrera química (espermicida), pero el uso de ambas impide aproximadamente 460.000 embarazos por año en los Estados Unidos (1). Las conclusiones de este informe están sujetas a dos limitaciones como mínimo. La primera es que los datos de específicos productos y patrones de uso de anticonceptivos fueron limitados; los CDC utilizaron una muestra no representativa de regiones y estados que los suministraron voluntariamente, pero los patrones de uso específico no pueden extrapolarse a partir de esos datos. La Segunda es que los datos que correlacionan el uso de anticonceptivos con el N-9 y el riesgo individual de VIH no estaban disponibles.

Tanto la prevención de los embarazos imprevistos como la de las infecciones por VIH y ETS entre las mujeres de Estados Unidos es muy necesaria. En 1994, un total del 49% de los embarazos fue imprevisto (9). Más aún, el 26% de las mujeres sufren un embarazo imprevisto durante el primer año de uso típico de productos espermicidas (1). En 1999 se informó un total de 10.780 casos de SIDA, 537.003 de clamidia y 179.534 de gonorrea. Las opciones de anticonceptivos deben brindar los dos efectos: un control eficaz de la fertilidad y protección contra el VIH y las ETS; no obstante, la mejor opción para una mujer no es probablemente la misma que para otra.

El N-9 por sí mismo no es un medio eficaz para prevenir la infección por VIH, o la clamidia y la gonorrea cervical (2,7). Las mujeres sexualmente activas y sus proveedores de servicios médicos deben tener en cuenta el riesgo de infección por VIH y otras ETS además del de embarazos imprevistos cuando consideran las opciones anticonceptivas.

Los proveedores de servicios de planificación familiar deben informar a las mujeres que están a riesgo de contraer el VIH o una ETS de que los anticonceptivos con N-9 no protegen contra esas infecciones. Además, las mujeres que buscan un método de planificación familiar deberían ser informadas de que los condones de látex, constante y correctamente utilizados, son eficaces para prevenir la transmisión de VIH y pueden reducir el riesgo de otras ETS.

Referencias

1. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al, eds. Contraceptive Technology: 17th Revised Edition. New York, New York: Ardent Media, 1998.
2. Roddy R, Zekeng L, Ryan K, Tamoufe U, Weir S, Wong E. A controlled trial of nonoxynol-9-film to reduce male-to-female transmission of sexually transmitted diseases. *N Engl J Med* 1998;339:504--10.
3. Kreiss J, Ngugi E, Holmes K, et al. Efficacy of nonoxynol-9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes. *JAMA* 1992;268:477--82.
4. Van Damme L. Advances in topical microbicides. Presented at the XIII International AIDS Conference, July 9--14, 2000, Durban, South Africa.
5. Louv WC, Austin H, Alexander WJ, Stagno S, Cheeks J. A clinical trial of nonoxynol-9 for preventing gonococcal and chlamydial infections. *J Infect Dis* 1988;158:513--23.
6. Roddy RE, Zekeng L, Ryan KA, Tamoufe U, Tweedy KG. Effect of nonoxynol-9 gel on urogenital gonorrhea and chlamydial infection, a randomized control trial. *JAMA* 2002;287:1117--22.
7. [CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002;51\(RR-6\).](#)
8. Moran JS, Janes HR, Peterman TA, Stone KM. Increase in condom sales following AIDS education and publicity, United States. *Am J Public Health* 1990;80:607--8.
9. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998;30:24--9,46.

Apéndice H

Ejemplo de presupuesto de RESPETO

Ejemplo de presupuesto de RESPETO

PERSONAL

		\$ _____
Supervisor de programa 1	@ 40% FTE X \$/hr	\$ _____
Proveedor(es) de RESPETO 1 -15	@100% FTE X \$/hr	\$ _____
Personal de Consejería y Adiestramiento para VIH	0-3 @ 25% FTE X \$/hr	\$ _____
Personal de apoyo 1	@ 50% FTE X \$/hr	\$ _____

BENEFICIOS

		\$ _____
Supervisor de programa	@25%	\$ _____
Proveedores de RESPETO	@25%	\$ _____
Personal de Consejería y Adiestramiento para VIH	@25%	\$ _____
Personal de apoyo	@25%	\$ _____

VIAJES

Viaje para dos empleados (Supervisor de programa y proveedor) para adiestramiento en RESPETO \$ _____ Viaje

Pasaje de avión	=	\$ _____
Comida para dos días X diario	=	\$ _____
Hospedaje para 2 noches X precio del cuarto	=	\$ _____
Misceláneas 2 días X tarifa	=	\$ _____
Total X 2 empleados		\$ _____

MATERIALES

		\$ _____
Papel, bolígrafos, tachuelas, etc.		\$ _____
Costos de fotocopias o reproducción		\$ _____
Condomes (masculinos y femeninos), lubricante, y protectores bucales de látex (# de participantes X # de condones)		\$ _____

OTROS

		\$ _____
Pruebas de VIH	@ X \$/intervención	\$ _____
Almacenamiento de pruebas de VIH		\$ _____
Modelos para condones masculinos y femeninos		\$ _____
Incentivos para participantes		\$ _____

TOTAL DIRECTO

\$ _____

Ejemplo de presupuesto para RESPETO

Este ejemplo de presupuesto incluye personal clave y otros estimados de costos necesarios para implementar RESPETO incluye la cantidad de personal y el porcentaje apropiado de tiempo requerido del personal dentro de cada posición. Esto le ayudará para que estime las necesidades y el costo de personal y sólo se ofrece como una guía. Además del presupuesto que aparece aquí, hay otros costos y consideraciones necesarias que se deben considerar al planificar la implementación.

- **Premisas básicas:** El centro se adscribe a las regulaciones de HIPAA y CLIA (de ser necesario) con respecto al manejo de información de paciente y el manejo de servicios y pruebas de laboratorio. Instalaciones más grandes con más de 15 proveedores de RESPETO pudieran requerir mayor número de personal de supervisión, de prueba de VIH y de apoyo.
- **Espacio para las sesiones de RESPETO:** Debido a que RESPETO es una intervención a nivel individual, los espacios que se usen deben ser lo suficientemente privados y alejados de ruido externo. Si no hay cuartos individuales disponibles, se pueden subdividir cuartos grandes, usando divisores a prueba de ruido que van desde el techo hasta el piso. Cada espacio debe estar equipado con por lo menos dos sillas, y preferiblemente con algún tipo de mesa.
- **Espacio de oficina para el proveedor:** Es probable que los proveedores requieran espacio para preparar y organizar los expedientes de los pacientes y los materiales de evaluación. Para minimizar costos, los proveedores tal vez no requieran su propio escritorio, pero debiera proveerse gabinetes para archivos y cubículos con un espacio más amplio con escritorios y mesas para compartir.
- **Espacio e instalaciones para la prueba de VIH:** La prueba de VIH tal vez se realice en las oficinas donde se imparte la sesión de consejería o en un espacio separado. La prueba de VIH, inclusive el almacenamiento de muestras de sangre y equipo de prueba, mantener la confidencialidad de los datos y el reporte de resultados a los departamentos de salud estatales y locales, deben seguir las directrices del CDC.

Apéndice I

Formulario para el paso de reducción de riesgo

Frente

Dorso

**Espacio provisto para que el
proveedor/agencia anote la
información de contacto**

Cita

Fecha Día
(mes/día/año)

Hora: _____

Dirección:

--

Apéndice J

Instrumento para evaluar estado de preparación de
la agencia

Instrumento para evaluar estado de preparación de la agencia

Lo siguiente es una auto-evaluación breve para ayudar a las agencias (por ejemplo, organizaciones comunitarias) a determinar si en estos momentos tienen la capacidad o pueden desarrollar la capacidad para adoptar e implementar la intervención *RESPETO*. Por favor, lea cada ítem y luego haga una marca (✓) en una sola de las respuestas que aparecen en las columnas.

Capacidades y recursos necesarios para <i>RESPETO</i>	Sí, tenemos esta capacidad (1)	En estos momentos no tenemos esta capacidad, pero podemos desarrollar la capacidad (2)	No, no tenemos esta capacidad (3)
1. Personal adiestrado disponible para prestar consejería centrada en el cliente o competente en principios de consejería.			
2. Personal adiestrado para implementar programas de prevención de VIH en sesiones individuales (por ejemplo, CRCS; PCRS).			
3. La habilidad de reunirse con clientes en un sitio privado para trabajar uno-a-uno de manera confidencial.			
4. La habilidad de ofrecer prueba y consejería de VIH o proveer referidos para servicios de prueba y consejería de VIH.			
5. El supervisor del programa puede proveer apoyo e implementar procedimientos de evaluación y control de calidad.			
6. Protocolos escritos, procedimientos y formularios relacionados con control de calidad.			

Si todas sus respuestas aparecen en la columna 1 (“Sí, tenemos esta capacidad”) o en la columna 2 (“En estos momentos no tenemos esta capacidad, pero podemos desarrollar la capacidad”), es probable que su agencia esté “lista” para *RESPETO*.

Para más información, o para inscribirse para un adiestramiento, visite:

www.effectiveinterventions.org