



Resolución Ministerial

Lima, 23 de Abril del 2009

Visto el Expediente N° 07-061505-001, que contiene el Informe N° 033/2009/DGSP/ESN PC ITS-VIH-SIDA/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe N° 221 -2009-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 1° de la Ley N° 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626, declara de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS);

Que, la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un problema de salud pública y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos y cuya situación también afecta a nuestro país, a todos los ciudadanos, sin distinción económica, edad, sexo o raza;

Que, mediante documento del visto, la Dirección General de Salud de las Personas remite para su aprobación el proyecto de "Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA", cuyo objetivo general es establecer las orientaciones técnicas para el desarrollo de la consejería en ITS/VIH y SIDA en los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional como son el Ministerio de Salud, EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Clínicas y otros del Sub Sector Privado;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;



De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA", el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar, a la Dirección General de Salud de las Personas, para que a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, difunda el Documento Técnico en los diferentes niveles operativos del Ministerio de Salud.

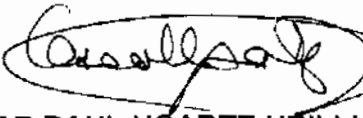
Artículo 3°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portal/transparencia/normas.asp> del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Artículo 4°.- Dejar sin efecto la Guía Nacional de Consejería en ETSyVIH/SIDA aprobada por Resolución Ministerial N° 306-98-SA/DM y la "Norma Técnica para la Atención de Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA", aprobada por Resolución Ministerial N° 125-2004/MINSA.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


M. Arce-R.


CRUZ S.


OSCAR RAUL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud


Rojas M.


D. León Ch.

**Documento Técnico:
Consejería en ITS / VIH y SIDA**



CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVO
- III. BASE LEGAL
- IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- V. CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

5.1: La Consejería

- 5.1.1 Definición de consejería
- 5.1.2 Tiempo, frecuencia y espacio para la consejería
- 5.1.3 Técnicas y herramientas que facilitan la comunicación en la consejería
- 5.1.4 Situaciones frecuentes que se presentan en la consejería
- 5.1.5 Necesidades de soporte para el(la) consejero(a)

5.2: Sexualidad

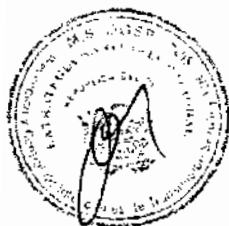
- 5.2.1 Definición de sexualidad
- 5.2.2 Mitos y creencias erróneas referidas a la sexualidad
- 5.2.3 Actitud del(la) consejero(a) frente a la sexualidad
- 5.2.4 Preguntas frecuentes sobre sexualidad
 - 5.2.4.1 Preguntas generales para mujeres y hombres
 - 5.2.4.2 Preguntas específicas para mujeres
 - 5.2.4.3 Preguntas específicas para hombres
- 5.2.5 Niveles de riesgo.

5.3: Consejería en infecciones de transmisión sexual (ITS)

- 5.3.1 Definición de Consejería en ITS
- 5.3.2 Objetivos de la Consejería en ITS
- 5.3.3 Las 4C en el manejo de la ITS
 - 5.3.3.1 Consejería
 - 5.3.3.2 Cumplimiento del Tratamiento
 - 5.3.3.3 Contactos (Notificación de contactos)
 - 5.3.3.4 Condones
 - 5.3.3.4.1 Forma adecuada de usar el condón masculino
 - 5.3.3.4.2. Forma adecuada de usar el condón femenino
 - 5.3.3.4.3 Cómo hacer una barrera de látex
- 5.3.4 Mensajes educativos de la consejería en ITS
- 5.3.5 Situaciones específicas: mensajes para hombres, mujeres y adolescentes

5.4: Consejería en diagnóstico para VIH

- 5.4.1 Definición de consejería en diagnóstico de VIH
- 5.4.2 Tipos de consejería
 - 5.4.2.1 Consejería pre test
 - 5.4.2.1.1 Objetivos
 - 5.4.2.1.2 Pasos a seguir en la consejería
 - 5.4.2.1.3 Situaciones especiales que se pueden presentar
 - 5.4.2.1.4 Temas a tratar durante la consejería con gestantes
 - 5.4.2.2 Consejería post test
 - 5.4.2.2.1 Consejería post test con Resultado No Reactivo/Negativo
 - 5.4.2.2.2 Consejería post Test con resultado positivo
 - 5.4.2.2.3 Consejería post Test con resultado indeterminado



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

5.4.3 Impacto psicológico frente al VIH y el SIDA

5.4.4 Reacciones emocionales más frecuentes frente al resultado positivo

5.5: Consejería a grupos de elevada prevalencia para ITS y VIH

5.5.1 Consejería a trabajadores(as) sexuales (TS)

5.5.2 Consejería en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)

5.5.3 Consejería en fármaco-dependientes

5.5.4 Consejería a personas privadas de su libertad (PPL)

5.5.5 Consejería en niños(as) y adolescentes en situaciones especialmente difíciles.

5.5.6 Población itinerante (PI)

5.6: Consejería de soporte a personas que viven con VIH o con SIDA y prevención positiva

5.6.1 Definición de consejería de soporte

5.6.2 Áreas problemáticas que deben ser abordadas en la consejería de soporte.

5.6.3 Pautas de auto-cuidado

5.6.4 Prevención positiva

5.6.5 Consejería en TARGA

5.6.6 Proceso de muerte

5.6.7 Algunas consideraciones en el abordaje a grupos específicos

5.6.7.1 Adolescentes viviendo con VIH o con SIDA

5.6.7.2 Mujeres viviendo con VIH o con SIDA

5.6.7.3 Gestantes que viven con VIH o con SIDA

5.6.7.4 Niños y niñas viviendo con VIH o con SIDA

5.6.7.5 Familia de la persona viviendo con VIH o con SIDA

VI. ANEXOS

VII. BIBLIOGRAFÍA



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el SIDA es un problema de salud pública y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos, situación a la que no está ajeno nuestro país. Afecta a todas las personas, sin distinción de su condición económica, edad, sexo o raza. Se observa, además, que los habitantes de los países en desarrollo son los más afectados y que las mujeres, los jóvenes y los niños, en particular las niñas, son muy vulnerables.

El Ministerio de Salud en el Perú ha reportado, según datos oficiales de la DGE – MINSA, 22174 casos de SIDA y 32068 casos de VIH notificados al 31 de julio del 2008. Según estimaciones para el año 2008 del Spectrum, 23820 personas necesitan tratamiento antirretroviral, de ellas 14355 (60,0%) ya reciben Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) al 31 de Junio del 2008.

La consejería es reconocida como una de las estrategias más importantes en las intervenciones en: prevención, atención y soporte a las personas afectadas por las ITS, el VIH y SIDA.

Es el deseo permanente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA de ofrecer herramientas e instrumentos para los profesionales de salud que les permita desarrollar sus actividades de manera eficiente y con calidad, por tal motivo se consideró necesario actualizar el Documento Técnico: Consejería en ITS / VIH y Sida, instrumento útil para la labor que desempeñan los (las) consejeros(as) en nuestro país.

El documento técnico que presentamos es el esfuerzo de un equipo de consejeros(as) de reconocida trayectoria en el área, quienes han buscado abarcar los temas que se han ido incorporando en la atención de los (las) usuarios(as) de los servicios de ITS, VIH y SIDA, incluyendo temas de gran importancia en el que la consejería cumple un rol muy importante como: la adherencia al tratamiento, intervenciones en poblaciones vulnerables, pruebas rápidas para VIH, atención a los niños(as), soporte a los padres y familia, entre otros.

Esperamos que los (las) consejeros(as) en nuestro país encuentren en esta nueva versión del Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y Sida, información que les permita realizar una intervención de calidad y el logro de los objetivos de la consejería, como son: la adquisición de conductas sexuales de menor riesgo para ITS, VIH y SIDA y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y viviendo con VIH y SIDA en nuestro país.



II. FINALIDAD

Contribuir al fortalecimiento de la calidad en la atención integral de salud del paciente viviendo con el virus del SIDA optimizando la relación usuarias/os y personal de salud, a través de la consejería, que es reconocida como una de las estrategias más importantes en las intervenciones en: prevención, atención y soporte a las personas afectadas por las ITS, el VIH y SIDA.

III. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las orientaciones técnicas para el desarrollo de la consejería en ITS/VIH y SIDA en los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Clínicas y otros del Sub Sector Privado), bajo el marco del Modelo de las 4C.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Brindar información a los profesionales de salud sobre el proceso de consejería en ITS/VIH y SIDA, orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud de los pacientes.
- 3.2.2 Conocer sobre las buenas prácticas de sexualidad, como parte de la consejería en ITS, VIH y SIDA.
- 3.2.3 Analizar en forma conjunta, con el paciente, sobre los factores de riesgo de las ITS y de los otros temas relacionados con la prevención y el tratamiento.
- 3.2.4 Reforzar la motivación para el logro de los cambios de conducta en personas con riesgo de adquirir el VIH.
- 3.2.5 Promover la búsqueda de servicios y la atención médica periódica de los grupos de elevada prevalencia para ITS y VIH, mediante la consejería y reconocimiento de síntomas de ITS a población vulnerable.
- 3.2.6 Contribuir a lograr la adherencia al tratamiento antirretroviral, para mejorar la calidad de vida en las PVVS, mediante la consejería de soporte a personas que viven con VIH o con SIDA y prevención positiva.
- 3.2.7 Contar con una publicación oficial, fácilmente accesible, concisa y actualizada dirigida a los profesionales de la salud involucrados en el manejo de pacientes con ITS/VIH y SIDA.

IV. BASE LEGAL

- **Ley N° 26626**, Ley CONTRASIDA, para la Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
- **Ley N° 26842**, Ley General de Salud.
- **Ley N° 28243**, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual.
- **Decreto Supremo N° 004-97-SA**, Aprueban el Reglamento de la Ley N° 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

- **Decreto Supremo N° 010-97-SA**, aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y afines.
- **Decreto Supremo N° 023-2005-SA** "Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- **Decreto Supremo N° 004-2007-SA**, establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciben financiamiento del SIS.
- **Decreto Supremo N° 005-2007-SA**, aprueba el Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú.
- **Resolución Ministerial N° 235 – 96 SA/DM** Aprueban el instrumento normativo "Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú"
- **Resolución Ministerial N° 306-98-SA/DM**, aprueba la Guía Nacional de Consejería en ETS/VIH/SIDA.
- **Resolución Ministerial N° 081 – 99 SA/DM** Aprueban la "Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA"
- **Resolución Ministerial N° 619 - 99-SA/DM**, aprueba la Guía de Manejo del Niño Infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana"
- **Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM**, aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- **Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM**, aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED.
- **Resolución Ministerial N° 731-2003-SA/DM**, aprueba la Directiva N° 020-MINSA-DGSP-V.01: Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el virus de la Inmunodeficiencia humana.
- **Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA**, aprueba la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- **Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA**, aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- **Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA**, aprueba la Norma Técnica N°019-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA - en Adultos Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana"
- **Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA**, aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSPN.01 Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- **Resolución Ministerial N° 1052-2004/MINSA**, aprueba la Norma Técnica N° 023-2004-MINSA/DGSP-V.01: Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas para el médico de Atención Integral de las Personas Viviendo con el VIH/SIDA.
- **Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA**, aprueba la NT N° 004-MINSA/DGSP-V.02: para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA en Adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- **Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA**, aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- **Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA**, aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01: para la Transversalización de los Enfoques de derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
- **Resolución Ministerial N° 482-2007/MINSA**, actualizan Listado de Medicamentos Estratégicos y de Soporte y el Listado de Insumos Médico – Quirúrgico Estratégicos y



de Soporte para las atenciones de las intervenciones Sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas.

- **Resolución Ministerial N° 335-2008/MINSA**, aprueba la NTS N° 064-2008/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis Congénita"
- **Resolución Jefatural N° 478-2005-J-OPD/INS**, aprueba el documento normativo MAN-INS-001 "Manual de Bioseguridad en Laboratorios de Ensayos, Biomédicos y Clínicos."

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Lo establecido en el presente Documento Técnico es de aplicación del personal directivo y operativo de los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Clínicas y otros del Sub Sector Privado) y que realizan actividades de Orientación y Consejería en Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA.

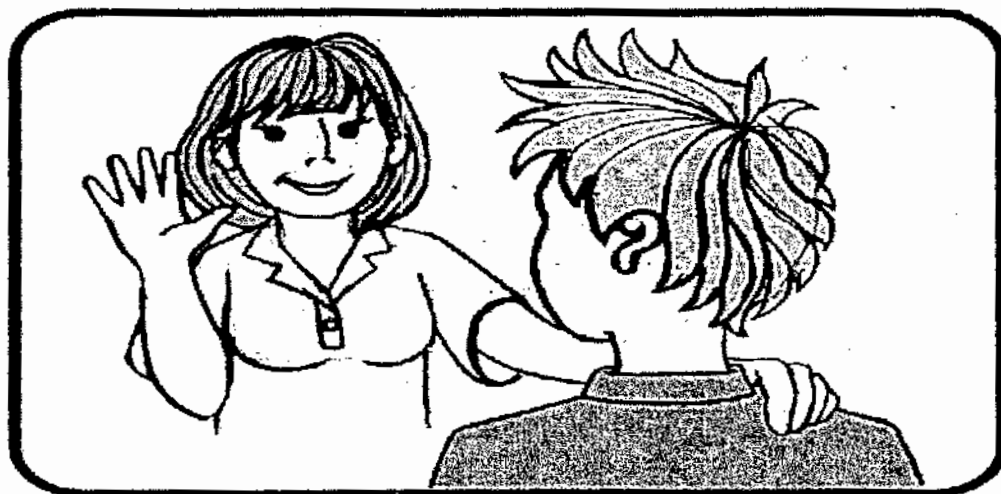
Así mismo se recomienda su uso en la formación académica de estudiantes de las profesiones de la salud en las universidades públicas y privadas.

V. CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

5.1 LA CONSEJERÍA

5.1.1 DEFINICIÓN DE CONSEJERÍA

Es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el (la) consejero(a) y el (la) consultante. Es un tipo especial de acercamiento humano, empatía y confianza mutua, orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud.



La consejería debe ser un proceso siempre flexible y debe adaptarse a las necesidades y circunstancias de cada consultante.



¿Quiénes pueden ser consejeros(as)?

Profesionales de la salud sensibilizados y debidamente capacitados en consejería.

Es importante que el (la) consejero(a):

- Esté identificado(a) y comprometido(a) con la problemática que aborda.
- Esté convenientemente capacitado(a) en consejería, con conocimientos actualizados, y cuente con destrezas y habilidades para desarrollar esta labor.
- Planifique horarios y disponibilidad en el servicio para garantizar la eficiencia de su labor.
- Reconozca sus propios conflictos, prejuicios y actitudes que pueden afectar su labor en la consejería, y estar en condiciones de manejarlos apropiadamente.

5.1.2 TIEMPO, FRECUENCIA Y ESPACIO PARA LA CONSEJERÍA

- Se recomienda un tiempo promedio de 30 a 45 minutos por sesión.
- La frecuencia dependerá de las necesidades del (la) consultante y de como asimile las indicaciones. Lo ideal es tener más de una sesión para facilitar el trabajo de orientación y apoyo. Es conveniente desarrollar la sesión considerando que existe la posibilidad de que el (la) consultante no regrese.
- En cuanto al espacio, la consejería debe desarrollarse en un lugar donde se garantice la privacidad y la confidencialidad. En un ambiente tranquilo, sin ruidos, ventilado e iluminado. El consejero(a) debe garantizar y mantener estas condiciones de trabajo. En todo caso, buscar el apoyo de las autoridades respectivas para obtenerlas.



5.1.3 TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN EN LA CONSEJERÍA

En la consejería es necesario aplicar algunas herramientas que faciliten el proceso de comunicación interpersonal. Por ejemplo:

a.- Preguntas abiertas: son aquellas que permiten al consultante desarrollar con amplitud sus respuestas sin restricciones, por ejemplo: "¿Qué le preocupa en este momento?", "me gustaría entender como usted ve las cosas", "¿qué lo trajo hasta aquí?".

b.- Preguntas cerradas: son aquellas cuyas respuestas son una palabra o una frase corta, como "sí" o "no", por ejemplo: "¿Tiene pareja actualmente?", "¿ha estado anteriormente en este servicio?".

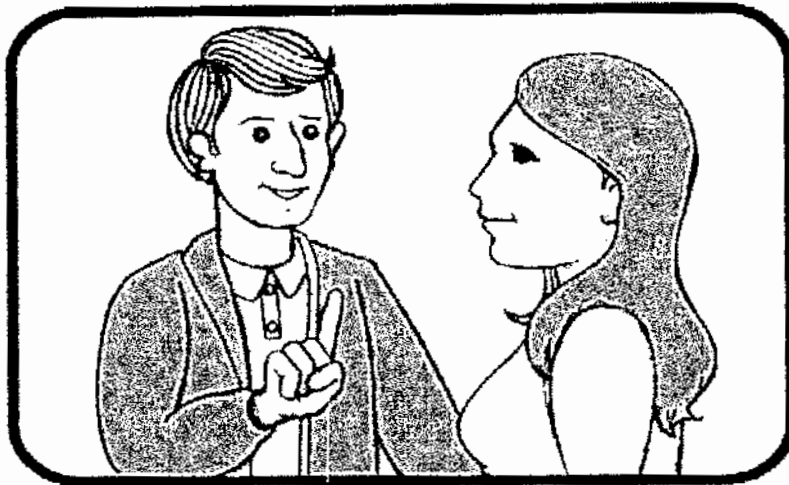
Se podrá hacer uso de ambos tipos de preguntas, combinándolas con habilidad, por ejemplo:

"¿Usó condón en su última relación sexual?".

Respuesta probable: "Sí...". "¿Y qué piensa acerca del uso de condones?".

Si la respuesta es: "No...". "¿Y cuáles son los motivos para no usarlos?".





Se puede obtener mayor información con las preguntas abiertas que con las cerradas.

c.- Palabras, frases y gestos de facilitación: aquellas que invitan al (la) consultante a continuar con su relato.

Entre las expresiones verbales tenemos, por ejemplo, el de *repetir la última palabra o frase que el (la) consultante dijo (técnica de reflejo)*.

Entre los gestos de facilitación no verbales tenemos, por ejemplo: *asentir con la cabeza, levantar las cejas*.

d.- Conducción del diálogo: permite dar dirección a la conversación, se utiliza cuando el (la) consultante está confundido y no sabe por dónde empezar, o cuando habla rápido y confunde el tema de preocupación, por ejemplo:

Dice, el (la) consultante: *"Son tantas cosas, mi familia, mi trabajo, la molestia que tengo, que dirá mi esposa"*

Responde, el (la) consejero(a): *"Te parece si primero hablamos acerca de los síntomas o molestias y luego tratamos los otros temas"*.

e.- Verificar o escucha reflexiva: asegura la comprensión correcta de los mensajes, permite verificar, en lugar de asumir, que conocemos el significado de lo que el (la) consultante está diciendo. Esto puede ayudar a corregir algunos malentendidos, por ejemplo:

El (la) consejero(a): *"Me esta diciendo que le preocupa cómo va a reaccionar su pareja no sabe cómo hablarle, ¿verdad?"*.

El (la) consultante: *"Si ello me preocupa demasiado"*.

f.- Resumen: son declaraciones que permiten relacionar los temas que se han discutido o tratado, deben hacerse periódicamente para reforzar lo que se ha dicho y que el (la) consultante escuche su propia declaración, por ejemplo:

El (la) consejero(a): *"Me gustaría señalar lo que hemos conversando, así podremos saber dónde estamos y hacia dónde vamos. Permítame saber si omito algo importante..."*.

g.- Reflejar los sentimientos: es expresar verbalmente aquellas emociones y sentimientos que observamos en el (la) consultante, por ejemplo:



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

El (la) consejero(a): *"Al parecer esto le causa mucho temor"*.

h.- Reafirmar o reforzar: se trata de incentivar la toma de decisiones y apoyar las decisiones positivas que el (la) consultante ha tomado, para ello se usan frases y cumplidos, por ejemplo:

El (la) consejero(a): *"Gracias por venir a la consulta, ha dado usted un paso muy importante"*.

i.- Evaluar las ventajas y desventajas: a los (las) consultantes que les es difícil tomar una decisión es oportuno hablarles de los pro y de los contra. Por ejemplo:

El (la) consejero(a): *"¿Cuáles son las ventajas de usar condón en el futuro?"*.

Recomendaciones para no olvidar:

- A. Saludar con respeto, presentarse y explicar el tipo de atención que brinda.
- B. Asegurar la privacidad y confidencialidad, utilizar un lugar tranquilo y señalar que la información que se discuta se mantendrá en estricta reserva.
- C. Establecer contacto visual, mirar directamente al consultante para permitir el establecimiento de una relación directa y confiable.
- D. Escuchar cuidadosamente lo que digan los consultantes, mostrar una actitud de escucha, inclinándose hacia delante, asentar con la cabeza, no realizar otra actividad mientras los consultantes hablen y no interrumpir.
- E. Tener en cuenta el lenguaje no verbal, recordar que la postura y la expresión facial reflejan lo que está sintiendo el (la) consultante en ese momento.
- F. Respetar y utilizar el silencio como expresión de los sentimientos y emociones del (la) consultante.

Recomendaciones útiles para el desarrollo de la consejería

- Explique, al (la) consultante la importancia tanto de las preguntas que se van a realizar, como de la información que se va a proporcionar.
- Explique que algunas preguntas pueden resultar incómodas, pero que esa información es necesaria para orientar la consejería.
- Use palabras que el (la) consultante comprenda.
- Use un tono de voz amigable.
- Realice preguntas con frases educadas y respetuosas.
- Realice preguntas específicas y claras, de preferencia preguntas abiertas.
- Realice una sola pregunta a la vez y espere la respuesta antes de formular la siguiente.
- Pida permiso, en caso las preguntas se refieran al comportamiento sexual u otros temas que pueden hacer sentir incómodo(a) al (la) consultante.
- Evite hacer juicios de valor, ya sean verbales o gestuales.
- Evite realizar preguntas de juicio moral.
- Siéntese si el (la) consultante está sentado, o párese cuando se pare.
- Maneje adecuadamente el lenguaje no verbal (gestos, expresión facial, postura corporal, etc.).
- Utilice material visual (rota folios, folletos) que faciliten el proceso informativo.
- Elabore un directorio de las organizaciones de su localidad que brindan atención y apoyo en temas relacionados a: VIH/SIDA, violencia sexual, grupos de autoayuda, centros de tratamiento y rehabilitación para drogodependientes, salud mental, entre otros.

5.1.4 SITUACIONES FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN LA CONSEJERÍA

Durante el proceso de consejería se pueden presentar situaciones que requieren un abordaje específico.



a.- El (la) consultante silencioso(a)

Al inicio de la sesión, es común que el (la) consultante no sepa por dónde empezar. El (la) consejero(a) puede referirse a este hecho diciendo, por ejemplo: *"Sé que es difícil hablar sobre el tema..."*, *"esto sucede frecuentemente..."*. (Guarde silencio).

Se sugiere mirar a los ojos y tener una postura que muestre interés y empatía.

Si el silencio se produce en el desarrollo de la sesión, generalmente es por que el (la) consultante requiere de un tiempo para reflexionar, decidir o expresar sus sentimientos. El (la) consejero(a) debe guardar silencio y utilizar la técnica del reflejo, que es repetir la última frase que dijo el (la) consultante. Esta acción propiciará nuevamente el diálogo.

b.- El (la) consultante que llora

Puede haber varios motivos: por tristeza, por preocupación, nerviosismo, incluso para obtener cierta simpatía del (la) consejero(a), o para dar por terminado el tema de conversación. Es difícil saber realmente el motivo del llanto.

Debe esperar, y si es muy prolongado, se puede mencionar: *"Llorar es bueno porque nos permite expresar lo que sentimos en este momento"*. Esto facilita que nos mencione el motivo del llanto.

c.- El (la) consejero(a) no ve una solución para el problema del (la) consultante

A veces el (la) consejero(a) puede sentirse ansioso, especialmente cuando no tiene seguridad sobre qué decir. Es importante recordar que el consejero(a) no está para resolver los problemas ni dar soluciones. Es un "facilitador" de los recursos del (la) consultante. Una actitud de escucha, comprensiva y solidaria es casi siempre lo que el (la) consultante necesita. Por otra parte, el (la) consejero(a) debe saber orientar al consultante hacia otros profesionales o servicios adecuados, de acuerdo a la naturaleza del caso.

Utilizar la experiencia del consultante puede ayudar, por ejemplo: *"Alguna vez tuvo algo muy difícil que contarle a su pareja, ¿cómo lo hizo?"*.

d.- El (la) consejero(a) no sabe responder a una pregunta del (la) consultante

Puede pasar que no tiene un dato, una información puntual o una respuesta exacta; en estos casos es importante decir con honestidad que no se cuenta con la información. Si se requiere de una respuesta inmediata, busque a otro especialista o consejero; si no fuera el caso, señale que en la próxima cita tendrá la información. Recuerde que esta información debe ser proporcionada, aunque no la soliciten, ya que es un compromiso del (la) consejero(a).

e.- El (la) consejero(a) comete un error

Debe corregir el error y pedir disculpas. Es importante ser muy cuidadoso en este aspecto, no tiene que dar la impresión de que es perfecto; actuar con honestidad y aceptar el error en el momento adecuado puede motivar que el (la) consultante haga lo mismo.

f.- El (la) consejero(a) y el (la) consultante se conocen

Ofrecer al (la) consultante tener otro consejero(a) es lo más recomendable, ya que la cercanía afectiva o emocional puede ser una barrera difícil de superar para ambos. Sólo en el caso extremo que no exista otro consejero(a) en el establecimiento, puede brindar la atención.

g.- El (la) consultante hace una pregunta personal

Es mejor evitar hablar de uno mismo, esto puede desviar la atención y concentración del (la) consultante. No es necesario responder a una pregunta de este tipo, ya que la relación que se establece no es social sino profesional. Además, es conveniente señalar que: *"En este momento estamos hablando de usted..."* o *"estoy familiarizado con ese tipo de situación, pero... mejor cuénteme más sobre lo que le pasa"*.

h.- El (la) consultante quiere que el consejero(a) tome las decisiones por él

Frente a esta situación se puede realizar algunas de las siguientes intervenciones:



"Parece que no les es fácil llegar a una decisión... ¿necesita mas tiempo para hacerlo?", "quizás deberíamos conversar un poco mas sobre esto", "¿quiere conversarlo antes con otra persona como su pareja, su esposo o sus padres?". Es importante que el siguiente mensaje sea claro para el (la) consultante: "Puedo responder a sus preguntas y ayudarlo(a) a reflexionar sobre las opciones que tiene, pero es usted quien mejor se conoce y la mejor decisión siempre será la que usted pueda tomar".

i.- El (la) consultante presenta problemas de salud mental o drogodependencias

Se debe derivar al (la) consultante a un servicio de salud mental para que se realice un trabajo conjunto y coordinado.

j.- El (la) consultante se niega reiteradas veces a referir a sus contactos o informar el diagnóstico a su pareja

Para manejar esta situación debe insistir sin presionar. Recuerde que el (la) consultante requiere un tiempo para la aceptación de su diagnóstico. El (la) consejero(a) puede motivar la autorreflexión sobre los derechos que la pareja tiene a recibir la atención oportuna y adecuada.

5.1.5 NECESIDADES DE SOPORTE PARA EL (LA) CONSEJERO(A)

La consejería puede ser una tarea agotadora, tanto física como emocional, y esto puede desencadenar diferentes respuestas emotivas. Se ha descrito en estos profesionales el "Síndrome de Agotamiento", el cual se caracteriza por una serie de síntomas físicos y

Psicológicos como cefaleas, cansancio, insomnio, problemas digestivos, dolores en diversas partes del cuerpo.

Este agotamiento puede ocasionar, al inicio, despreocupación por el (la) consultante y sus necesidades y, en una etapa posterior, la sensación se hace extensiva hacia otros miembros del equipo de salud o a los miembros de la familia. Se suele manifestar malhumor, desagrado y una disminución de la efectividad. El (la) consejero(a) o el personal de salud debe estar atento para identificar algunas de estas manifestaciones y buscar ayuda.

¿Cómo disminuir el riesgo de desarrollar el "Síndrome de Agotamiento"?

El (la) consejero(a) debe:

- Buscar apoyo en los compañeros o en el equipo de trabajo. El comentar la situación o los sentimientos que se experimentan puede ser de gran ayuda porque permite aliviar los sentimientos y la carga emocional.
- Estar consciente de la propia vulnerabilidad y reconocer las necesidades de descanso y distracción, incluso, distanciarse por un periodo corto podría ser saludable, ya que la falta de descanso resta vitalidad para brindar un buen servicio y ser una buena compañía.
- Aceptar la ayuda cuando se la ofrezcan. No es la única persona que puede hacer el trabajo. El recibir ayuda puede mejorar la calidad de atención que está prestando.
- Solicitar ayuda especializada (consejería) frente a comportamientos del (la) consultante que no pueda manejar como: abusos, manipulación, mal carácter. Así se evitará desarrollar sentimientos de rechazo hacia los (las) consultantes.
- Reconocer que como ser humano puede tener una respuesta inadecuada, sentir incluso cólera o fastidio. Sus sentimientos son tan importantes como los (las) consultantes, no los esconda, compártalos con otros profesionales. Esto puede posibilitar una relación más humana y real.



IDEAS CLAVES

- La consejería es un proceso que promueve cambios de comportamiento.
- Aceptar a los o las consultantes tal y como son.
- Utilizar técnicas y herramientas que faciliten la comunicación en la consejería.
- Cuidar su propia salud y bienestar.

5.2 SEXUALIDAD

5.2.1 DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

Se define la sexualidad humana como una forma de expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que tenemos como seres humanos, en relación con los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que nos hacen ser hombres y mujeres.

La sexualidad es, entonces, un término amplio que abarca no sólo lo que somos físicamente, sino lo que sentimos y hacemos de acuerdo al sexo con el cual nacemos o con el cual nos identificamos. Muchos confunden sexualidad con sexo. Este último se define como las características biológicas que diferencian a un hombre de una mujer.

5.2.2 MITOS Y CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD

Las explicaciones sobre la sexualidad están basadas, por lo general, en creencias que con el tiempo adquieren validez por sí mismas y se transmiten de generación en generación, independientemente del nivel educativo o socioeconómico de las personas. La base de muchas creencias y mitos de nuestra sexualidad proceden de la educación y mandatos culturales que recibimos. Estos mitos y creencias determinan en muchos casos la adopción de conductas de riesgo.

Es necesario que el consejero conozca estos aspectos y los discuta y aclare con los (las) consultantes.

A continuación, se mencionan algunos de los mitos más comunes:



E. CRUZ S.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

Mitos y creencias erróneas	Realidad
"La masturbación trae consecuencias nocivas tanto físicas como mentales".	La masturbación es parte del desarrollo psicosexual en hombres y mujeres desde la pubertad-adolescencia hasta la ancianidad, tengan o no pareja. Bajo ninguna circunstancia trae como consecuencia debilidad, disminución de la inteligencia, ni impotencia.
"El alcohol es un estimulante sexual".	El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central y disminuye la capacidad sexual debido a que retarda los reflejos y dilata los vasos sanguíneos, interfiriendo con la capacidad de erección. Se le considera como un determinante de riesgo porque disminuye la capacidad para tomar decisiones adecuadas, por ejemplo, tener sexo con protección (usar condón).
"Un muchacho necesita tener relaciones sexuales para desarrollarse".	Esta concepción errónea muchas veces obliga a los adolescentes varones a un inicio sexual temprano que generalmente es incitado por el padre, algún familiar o el grupo de amigos, con el pretexto de afirmar su hombría y evitar la "homosexualidad". Los adolescentes no necesitan iniciarse sexualmente a edades tempranas para desarrollarse.
"El hombre necesita desfogarse sexualmente".	Este mito justifica y/o permite que el varón tenga otras parejas sexuales, lo cual incrementa el riesgo y la posibilidad de adquirir una ITS. Las personas no se rigen por instintos, ya que el deseo y el impulso sexual es conciente y controlable. No hay evidencia física o psicológica que apoye este mito.
"El hombre cuanto más mujeres tenga es más macho".	La hombría y la masculinidad no depende del número de parejas que se tenga, lo que sí es real es que a mayor número de parejas sexuales es mayor el riesgo.
"La mujer casada no tiene el riesgo de contraer el SIDA".	Esto es incorrecto. El riesgo de adquirir una ITS o el VIH no solo depende de su propio comportamiento sexual sino también de la pareja. Esta creencia condiciona a que las mujeres no reconozcan su potencial riesgo. La fidelidad debe ser mutua.
"En mi primera relación sexual no me puedo infectar con el VIH".	Esto es incorrecto. La posibilidad de infección en la primera relación sexual, si la pareja tuviera una ITS y/o VIH, es teóricamente mayor. Durante la primera relación sexual, se produce con mayor frecuencia micro traumatismos, heridas e inflamación, y/o sangrado, que facilitan el ingreso de agentes causantes de las ITS y el VIH.
"Yo soy monógamo(a), solo tengo una pareja a la vez".	Esta práctica es conocida como "monogamia seriada" (múltiples parejas sexuales en diferentes momentos) y se asocia con un aumento del riesgo de contraer alguna ITS o el VIH dado que a mayor número de parejas es mayor el riesgo. Esta idea lleva a las personas a no protegerse.



5.2.3 ACTITUD DEL (LA) CONSEJERO (A) FRENTE A LA SEXUALIDAD

El (la) consejero (a) también está influenciado por la sociedad, la educación y por mandatos culturales, por ello es necesario que reflexione a partir de sus vivencias los prejuicios y/o actitudes que tiene con respecto a la sexualidad, para que pueda abordar estos temas con respeto, aceptación y tolerancia.

Por la intimidad y privacidad que suscita el tema, el consejero (a) debe conducirse teniendo en cuenta que:

- Debe diferenciar sus propias concepciones de las nociones de los (las) consultantes, manteniendo su objetividad, evitando juzgar las actitudes, necesidades y preferencias sexuales del (la) consultante.
- Debe respetar las reacciones emocionales de los (las) consultantes e, igualmente, actuar con tolerancia frente a sus valores religiosos y morales.
- El único interés en conocer determinados aspectos de la vida sexual de los (las) consultantes están relacionados con la evaluación de riesgo, con los cambios a sugerir en las prácticas sexuales y con la orientación respecto a las parejas sexuales, de ninguna manera para obtener información que no esté justificada.
- No debe pretender cambiar la orientación, preferencia o identidad de los (las) consultantes.

5.2.4 PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA SEXUALIDAD

Antes de indagar sobre diversos aspectos de la sexualidad del (la) consultante, deberá solicitar permiso y explicar la importancia de la información requerida para realizar una buena evaluación de riesgo. Además, deberá destacar el carácter confidencial que se le dará a los datos solicitados.

Queda a criterio del consejero (a) utilizar las siguientes preguntas según cada caso y situación particular.

5.2.4.1 Preguntas generales para mujeres y hombres:

- ¿A qué edad tuvo usted, su primera relación sexual?
- ¿Tiene usted, actualmente pareja sexual?
- ¿Tiene o ha tenido usted, relaciones sexuales con hombres, con mujeres o ambos?
- ¿Qué tipo de prácticas sexuales ha tenido con su pareja o parejas sexuales: orales, vaginales o anales?
- ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?
- En sus relaciones sexuales, ¿usa condón?, ¿con qué frecuencia?
- En su última relación sexual, ¿usó condón?
- ¿Le es fácil hablar con su pareja sexual sobre el uso del condón?
- ¿Ha tenido usted otras parejas sexuales en los últimos 3 años?
- Esas otras parejas sexuales, ¿fueron ocasionales o permanentes?
- Con estas parejas, ¿qué tipo de relaciones sostuvo: oral, vaginal, anal?
- ¿Su pareja o parejas sexuales son consumidores de drogas o alcohol?
- ¿Conoce si su pareja sexual tiene otras parejas sexuales?
- ¿Ha tenido, usted, alguna infección de transmisión sexual o enfermedad venérea? (indicar algunos síntomas). Si la respuesta fuera sí, indagar por lo que hizo.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

- ¿Sabe usted si su pareja ha tenido una ITS? (indagar por síntomas).
- ¿Usa o ha consumido usted alcohol o drogas?
- ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos de esas sustancias?

5.2.4.2 Preguntas específicas para mujeres:

- ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales durante la menstruación?
- ¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?
- Si mantiene prácticas sexuales con mujeres, indagar sobre: el uso de accesorios (dildos, por ejemplo), tipos de estimulación y si utiliza algún tipo de barrera de protección (guantes o barreras de látex para sexo oral).

5.2.4.3 Preguntas específicas para hombres:

- ¿Ha tenido relaciones sexuales cuando su pareja se encontraba menstruando?
- ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras sexuales?
- Si refiere práctica sexual con otros hombres preguntar si:
 - ¿La práctica oral o anal es receptiva o penetrativa?
 - ¿Ha tenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales?

5.2.5 NIVELES DE RIESGO

A continuación, se puede observar el nivel de riesgo en las diferentes prácticas sexuales (actividad sexual). Cabe señalar que esta es una información para el (la) consejero (a), el mensaje al (la) consultante es: **"Toda relación sexual no protegida nos pone en riesgo de infectarnos con el VIH"**.

Tabla de evaluación de riesgo de la actividad sexual

Riesgo Alto	- Sexo receptivo, o sexo vaginal, o anal sin condón. - Sexo penetrativo, o sexo vaginal, o anal sin condón. - Sexo oral, sin barrera de látex. - Compartir juguetes sexuales ("dildos", pene de goma, vibradores, etc.) sin condón. - Relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas, incluyendo el alcohol. - Relaciones sexuales con más de una pareja sexual.
Riesgo Bajo	- Uso consistente y adecuado del condón en las relaciones sexuales vaginales, orales y anales (con lubricantes).
Sin Riesgo	- Tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles. Abstinencia sexual, sexo sin penetración, sexo interfemoral (entre los muslos), abrazos, masajes, frotación cuerpo a cuerpo, masturbar a la pareja evitando el contacto con fluidos corporales.

IDEAS CLAVES

- La sexualidad es la expresión de lo que somos, pensamos y sentimos.
- La sexualidad es parte de nuestra naturaleza humana, debemos disfrutarla y vivirla saludablemente.
- Los mitos y creencias erróneas pueden llevar a comportamientos sexuales de riesgo.
- Al hablar de sexualidad con el (la) consultante es importante el respeto, la privacidad y la confidencialidad.
- El (la) consejero (a) debe analizar sus temores, prejuicios y mitos con respecto a su sexualidad para que ello no interfiera en la consejería.

5.3 CONSEJERÍA EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

5.3.1 DEFINICIÓN DE CONSEJERÍA EN ITS

Es el proceso de información, orientación y soporte, que permite analizar y explorar junto con el (la) consultante, en forma individual, los factores de riesgo de las ITS y de otros temas relacionados con la prevención y el tratamiento.

Esta dirigida a aquellas personas que desean orientación, personas que están en riesgo de adquirir una ITS, sospechan tener una ITS, tienen signos y/o síntomas de ITS y/o son usuarias de planificación familiar.

5.3.2 OBJETIVOS DE LA CONSEJERÍA EN ITS

- Brindar información para prevenir las ITS en personas no infectadas.
- Asegurar la completa curación del paciente cuando tiene una ITS (cumplimiento del tratamiento) para prevenir complicaciones futuras.
- Prevenir la diseminación de las ITS y de la re-infección (uso de condón y notificación de la (s) pareja (s)).



E. CRUZ S.



- Prevenir las ITS para reducir el riesgo de adquirir el VIH y SIDA.

5.3.3 Las 4C EN EL MANEJO DE LAS ITS

El manejo adecuado de las ITS incluye adicionalmente al diagnóstico y tratamiento. Las 4C son una forma de recordar los principales pasos que ayudan a consolidar el manejo del caso, ellas son: *Consejería, Cumplimiento del tratamiento, Contactos (o notificación a parejas sexuales) y Condones*.

5.3.3.1 Consejería

Es la información y orientación que debe incluir aspectos relacionados a los síntomas de las ITS, cómo prevenirlas y cómo tratarlas. Si el (la) consultante tiene una ITS es necesario explicarle en forma clara y concreta cuál es la ITS que padece, e incluir en la consejería los mensajes educativos propuestos en el ítem 3.4.

5.3.3.2 Cumplimiento del Tratamiento

En este punto es importante que los (las) consultantes comprendan la importancia de cumplir el tratamiento, tanto para evitar complicaciones posteriores, como para eliminar la posibilidad de infectar a otras personas.

El (la) consejero (a) deberá reconocer que hay numerosas razones por las que una persona no cumple con el tratamiento. Entre estas tenemos: los aspectos económicos, la falta de comprensión de las indicaciones que no son claras, el dejar de tomar los medicamentos al notar mejoría, la falta de percepción de las potenciales consecuencias de una ITS, el miedo a los efectos secundarios o molestias que pueden ocasionar algunos medicamentos, por lo cual es necesario:

- Advertir acerca de las molestias o efectos secundarios, darle algunas orientaciones para evitar y aliviar esas molestias, por ejemplo, no ingerir alcohol cuando se consume metronidazol (24 horas antes y 72 horas después), ya que produce reacciones adversas como vómitos.
- Asegurarse que el (la) consultante ha comprendido la forma de administración del tratamiento y de su importancia, para ello revisar de manera conjunta el tratamiento indicado por el médico.

Recuerde que el (la) consejero (a) proporcionará los medicamentos indicados en la orden de tratamiento y supervisará la ingesta de los mismos (Directiva 007-98 PROCETSS).

5.3.3.3 Contactos (Notificación de contactos)

Un "contacto" es toda pareja sexual que el (la) consultante (caso índice) haya tenido hasta 90 días antes de la aparición del o de los signos o síntomas.

La importancia de la identificación de los contactos, y que reciba el tratamiento, permitirá evitar: la re-infección, las complicaciones y la diseminación de las ITS.

Conocer sobre los "contactos" del (la) consultante requiere de mucho tacto, confidencialidad y de la voluntaria decisión del (la) consultante.

La estrategia recomendada según las normas nacionales para la búsqueda de contactos es, **QUE EL PROPIO PACIENTE REFIERA A SUS PAREJAS**. El (la) consejero(a) puede darle la opción, al (la) consultante, de apoyarlo en la notificación.

Se hará entrega de **TARJETAS DE REFERENCIA DE CONTACTOS**, se proporcionará tantas tarjetas como contactos tenga el (la) consultante. Esta tarjeta es anónima y sólo tendrá el diagnóstico y el código del caso índice, así como la información de horario y lugares posibles de atención. Esto permitirá al contacto recibir atención y tratamiento inmediato, que incluyen las 4C. Si el establecimiento no cuenta con tarjetas impresas, se recomienda al (la) consejero(a) prepararlas para facilitar su trabajo.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

La actitud del (la) consejero(a) frente al "contacto" (él o ella) debe ser extremadamente cuidadosa para no generar rechazo o negativas que dificulten la relación y obstaculice el proceso iniciado.

El Ministerio de Salud sólo autoriza la búsqueda domiciliaria de contactos de las parejas sexuales de mujeres gestantes con serología reactiva para sífilis.

TARJETAS DE REFERENCIA DE CONTACTOS

N°	Establecimiento										
Fecha	Diagnóstico		DU	UG	Cx	DAB	BI	SL	TR	GC	CL
"Usted se ha expuesto a una Infección de Transmisión Sexual o Venérea. Le recomendamos ir a uno de los siguientes establecimientos, en el horario indicado, donde se le proporcionará tratamiento confidencial y gratuito".											
Establecimiento: _____ Dirección: _____ Horario: _____											
Establecimiento: _____ Dirección: _____ Horario: _____											

Diagnóstico: DU: Descarga uretral; UG: Úlcera genital; Cx: Cervicitis; DAB: Dolor abdominal bajo; BI: Bubón inguinal; SL: Sífilis latente; TR: Tricomoniasis; GC: Gonorrea; CL: Clamidia.



5.3.3.4 Condones

Debe recomendar en primer lugar que los (las) consultantes se abstengan a tener relaciones sexuales durante la primera semana de inicio del tratamiento. Tiempo que permitirá al medicamento eliminar en su totalidad a las bacterias asociadas a la ITS (descarga uretral). En el caso que la persona tenga una úlcera genital se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que la úlcera genital haya cicatrizado.

Considerando que no necesariamente el (la) consultante cumpla con esta recomendación, debe enfatizarse la necesidad de tener relaciones sexuales protegidas (con condón).

Es importante señalar que el condón brinda doble protección: PROTEGE DE LAS ITS (E INCLUYE EL VIH) Y DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS.

Debe orientarse a los (las) consultantes acerca de dónde comprar el condón y hacer una demostración de cómo usarlo adecuadamente. Solicite que practique usando un modelo o tildo. Haga entrega de condones al final de la sesión de consejería.

El (la) consejero(a) debe tener en cuenta que existe mucha resistencia al uso del condón, siendo una barrera difícil de trabajar con el (la) consultante, se recomienda analizar objetivamente las ideas erróneas y los mitos que hay alrededor de su uso.

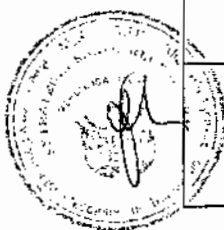


E. CRUZ S.



DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

Mitos e ideas erróneas	Realidad
"El condón irrita"	La irritación en los genitales se presenta por una falta de lubricación natural, por ello se recomienda una mayor estimulación que aumente la excitación y con ello la lubricación, o el uso de lubricantes a base de agua, (se excluyen los lubricantes oleosos como la vaselina o cualquier crema cosmética).
"Me produce heridas y hongos"	Los condones están fabricados de látex, el cual es un material que no produce daño; por el contrario, impide cualquier contagio; viene lubricado, por lo que hace más fácil su utilización y está envuelto en un empaque protegido contra cualquier microbio.
"No sirve, se rompe"	La ruptura del condón es infrecuente y si ello sucede se debe al uso de lubricantes oleosos, exposición al sol, calor y humedad, rasguños con dientes o uñas y por comprarlos en lugares inadecuados.
"Con mi pareja estable no uso condón porque confío en él (ella)"	La confianza es muy importante en la relación de pareja. La confianza no es sinónimo de no protección. No demostramos más amor si dejamos de usar el condón. Se debe conversar con la pareja sobre los riesgos existentes.
"El condón reduce el placer y la satisfacción"	La satisfacción dependerá del erotismo y la afectividad, el uso de condón no disminuye el placer. Usando el condón dentro del juego sexual y utilizando fantasías se incrementa el placer sexual.
"Si no eyaculo adentro no necesito usar condón"	En el líquido pre seminal también se encuentran agentes causales de las ITS. La fricción del pene puede ocasionar inflamaciones y sangrado, los cuales facilitan el ingreso de estos agentes. Además, en muchos casos no es posible evitar la eyaculación. Esta práctica también produce embarazos no deseados.
"Yo uso anticonceptivos, eso me protege"	El uso de anticonceptivos produce fragilidad en el tejido de la vagina y ello lo hace permeable al ingreso de agentes patógenos, se recomienda la doble protección, el uso de algún método anticonceptivo y el uso del condón. Los anticonceptivos protegen de los embarazos no deseados, mas no de las ITS y VIH.
"Se puede quedar adentro"	Estos accidentes son infrecuentes si se sigue los pasos adecuados; sobre todo al retirar el pene luego de la eyaculación.
"Si ambos estamos infectados no es necesario usar condón"	Hay que recordar que existe la re-infección, por diferentes subtipos de VIH que complican el curso de la enfermedad.
"El condón aprieta"	Los condones son de látex y por ello son elásticos, pueden alargarse o ensancharse según sea necesario.

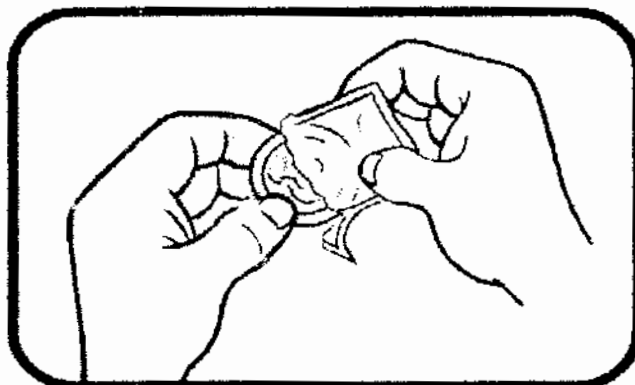


Recomendaciones para el uso adecuado del condón

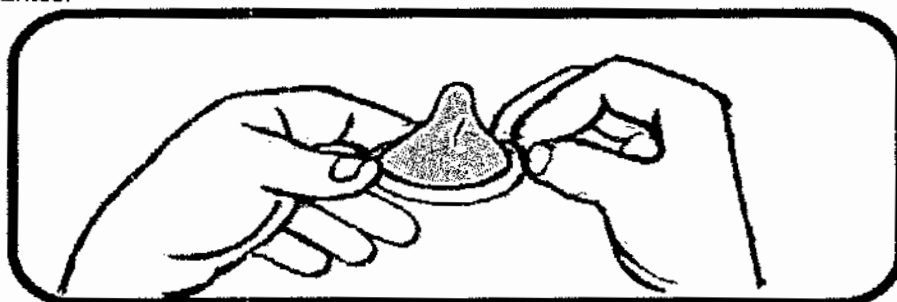
- Se debe comprar o adquirirlo en lugares o establecimientos que garanticen su buen estado
- No debe exponerlo al calor ni guardarlo en la billetera, donde el roce y la temperatura corporal puede deteriorarlo
- Tiene que verificar que la envoltura no esté dañada. El condón está en buen estado si antes de abrirlo y al presionar la envoltura, se siente una almohadilla de aire.
- Observar cuidadosamente la fecha de manufacturación, es decir, cuándo fue hecho (MADE, FAB, MFD). Se considera adecuado su uso hasta tres años después de su manufacturación
- Algunos condones en vez de la fecha de manufactura tienen la fecha de vencimiento o expiración (VEN, EXP, CAD). El condón no debe ser usado ni un día después de esta fecha.
- Debe usar si es necesario lubricantes de base acuosa, nunca de base oleosa como: vaselina, mantequilla, aceites, cremas. Estos deterioran el condón.
- Usar un condón para cada relación y práctica sexual (vaginal, anal y oral), desde el inicio de la relación sexual.
- Para el sexo oral (boca-ano, boca-vagina) se recomienda usar una barrera de látex, o elaborarlo cortando la punta del condón y luego hacer otro corte a lo largo formando un rectángulo que se coloca sobre la vulva o sobre el ano según sea el caso (ver figura).



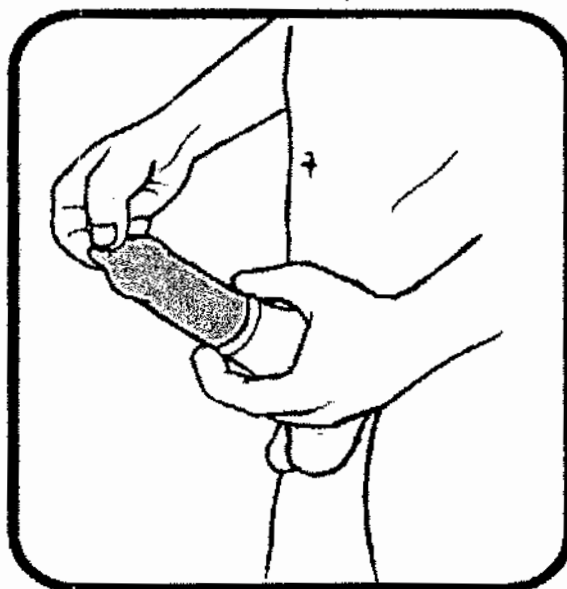
5.3.3.4.1 Forma adecuada de usar el condón masculino



Abrir el empaque con la yema de los dedos, nunca use los dientes o instrumentos cortantes.

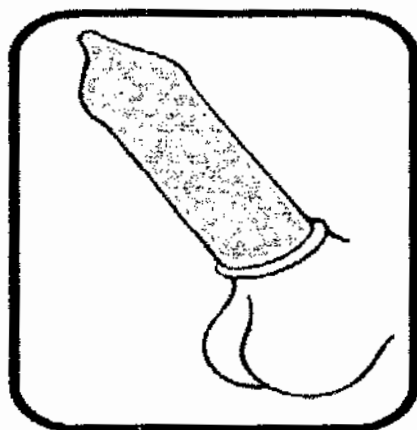


El reborde del condón debe estar hacia afuera para desenrollarlo.

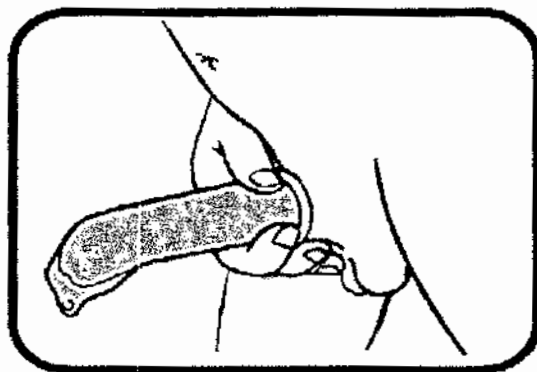


Coger el condón del extremo distal con los dedos índice y pulgar haciendo presión para sacar el aire; cuando el pene este erecto colocar el condón en el glande y desenrollarlo hasta la base la pene.

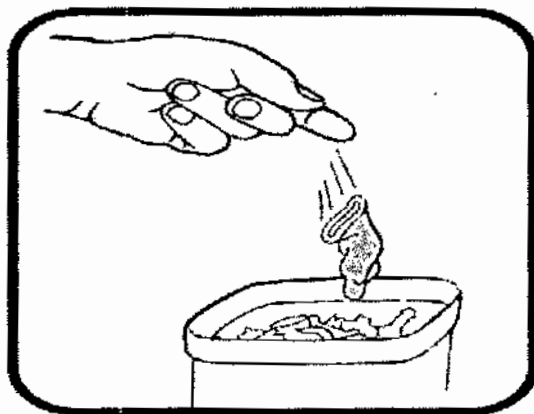




Cubrir todo el pene hasta su base



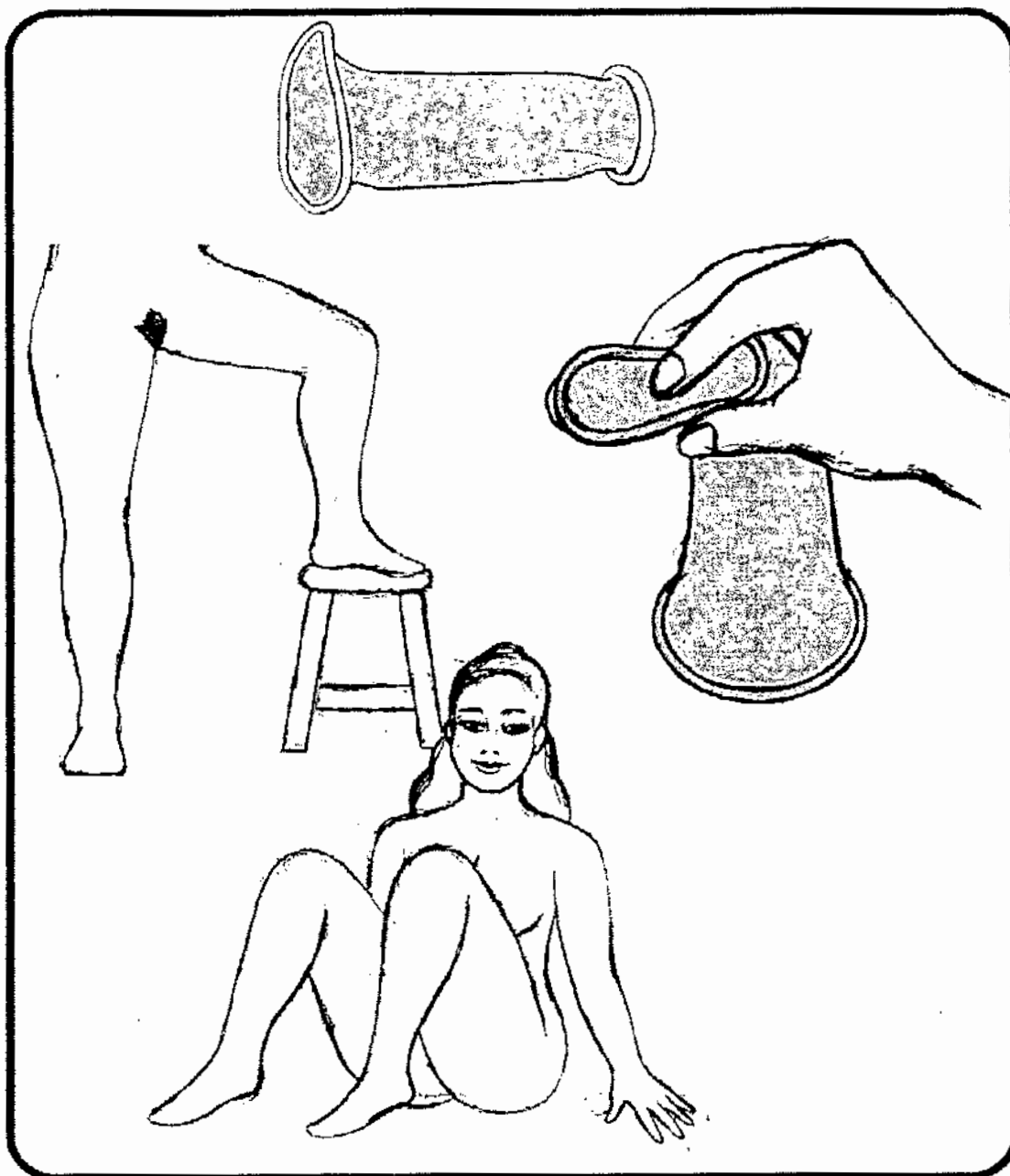
Acabado el acto sexual, retire el pene sujetando el condón antes que este se ponga blando. Cuidé de que no gotee o se derrame el semen. De preferencia retire el condón cubriéndolo con papel.



Finalmente, deseché el condón. Solo se usa una vez y no se puede lavar.

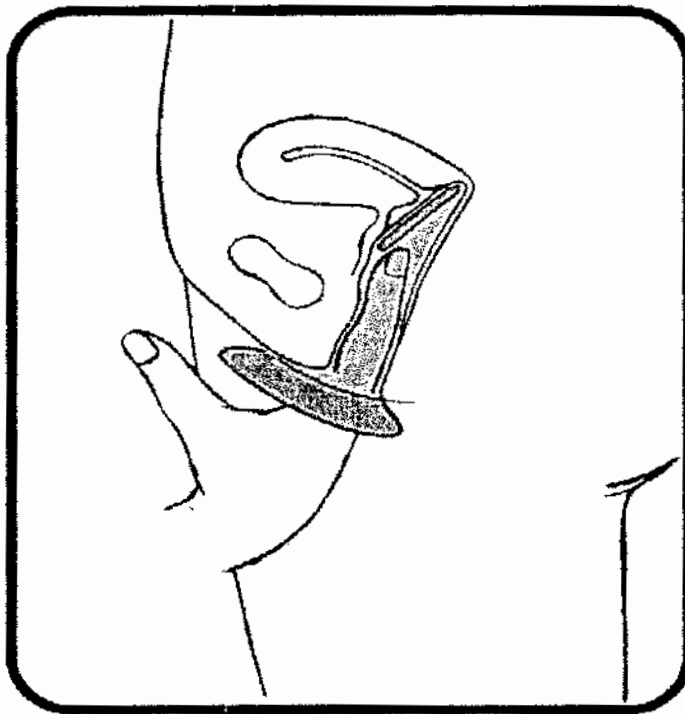


5.3.3.4.2 Forma adecuada de usar el condón femenino

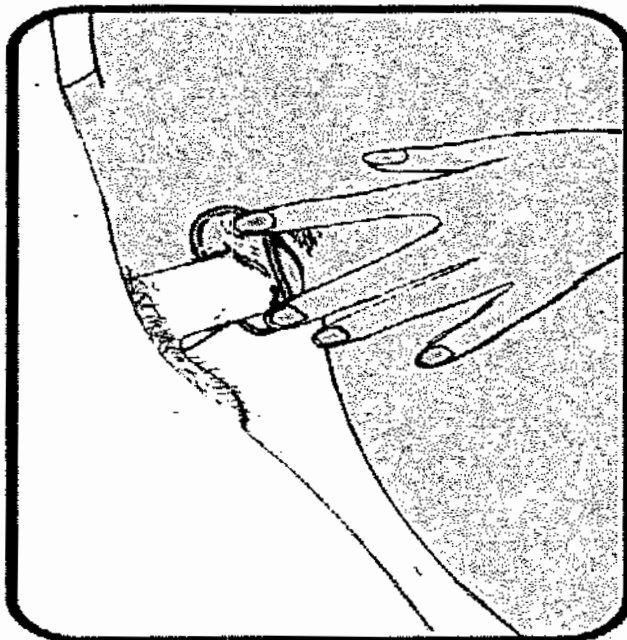


Póngase en una posición cómoda. Con los dedos aprieta la punta del condón que tiene la argolla interior



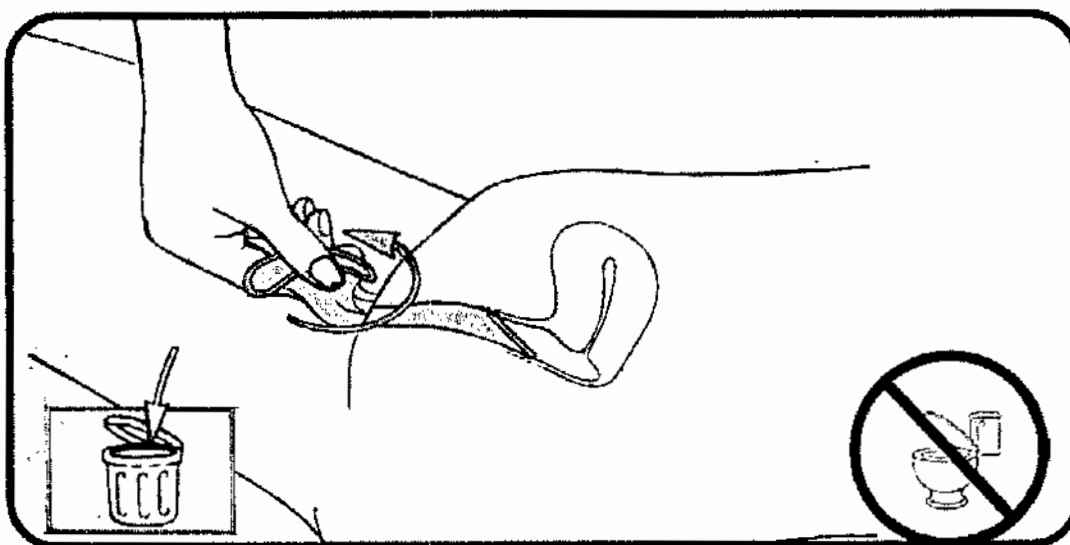


Separe los labios de la vagina. Coloque el condón en la entrada del canal vaginal y suéltelo



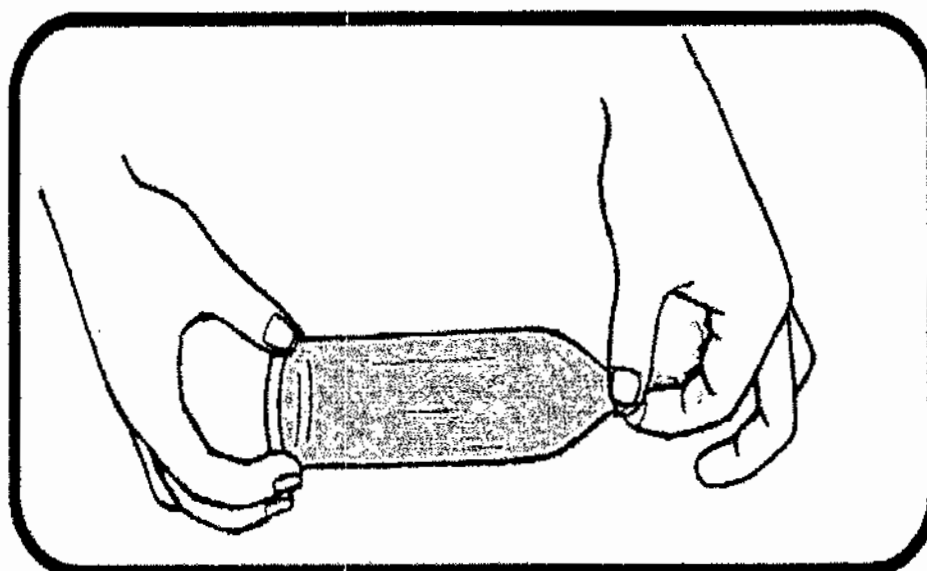
Mantenga relaciones sexuales como de costumbre





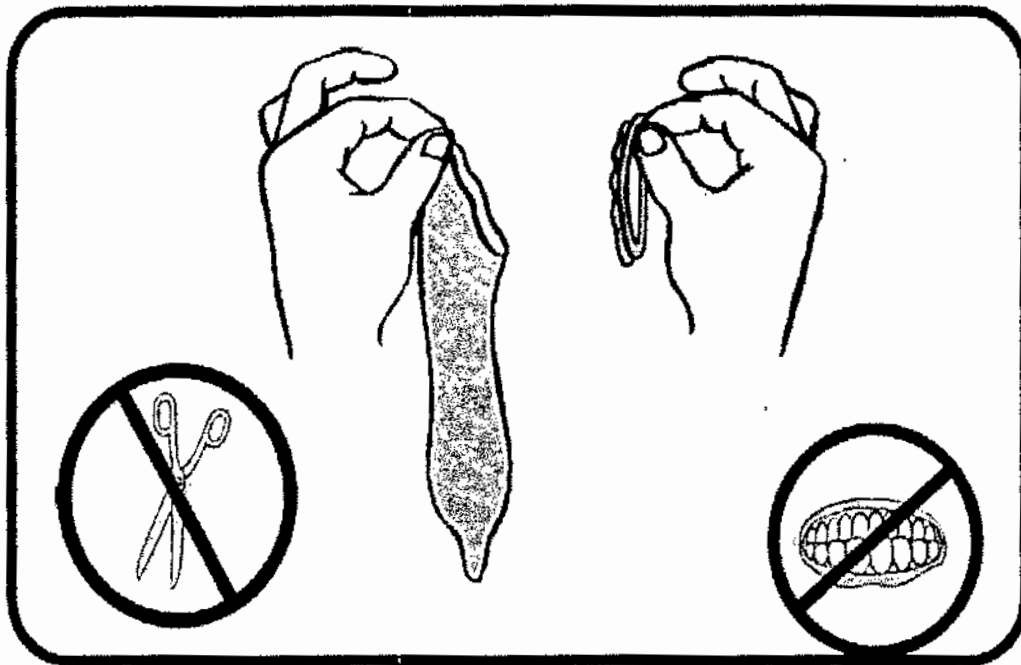
Para sacar el condón apriete y dé vuelta al anillo externo, para mantener el semen en el interior de la funda, sáquelo con cuidado y arrójelo en la basura, no en el baño.

5.3.3.4.3 Como hacer una barrera de látex:

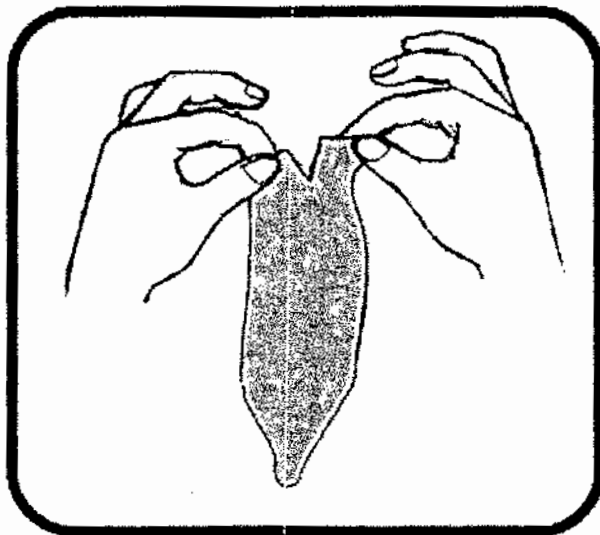


Desenrollar el condón.



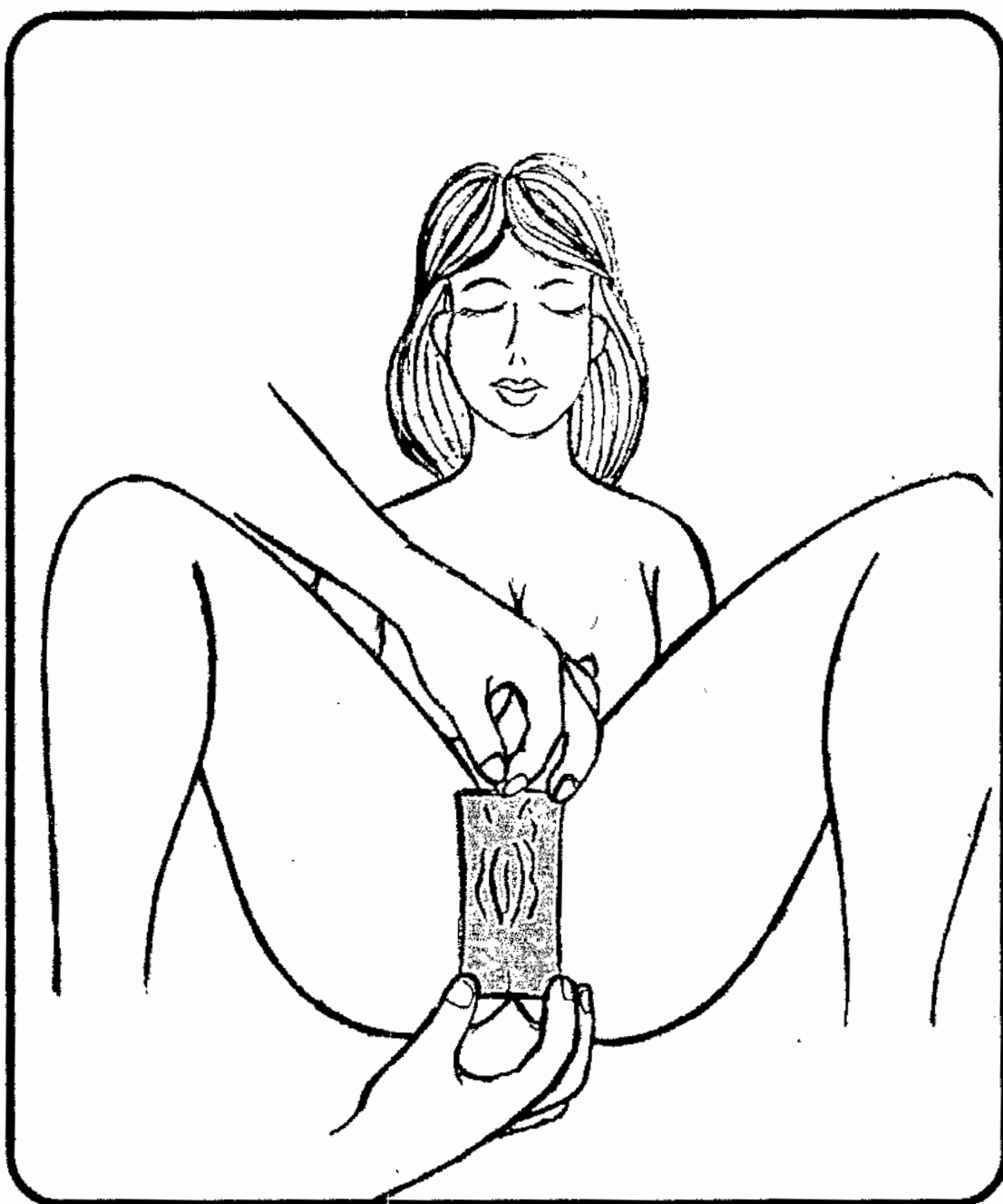


Rasgar y sacar el reborde del condón usando los dedos.



Rasgar y abrir a lo largo formando un rectángulo.

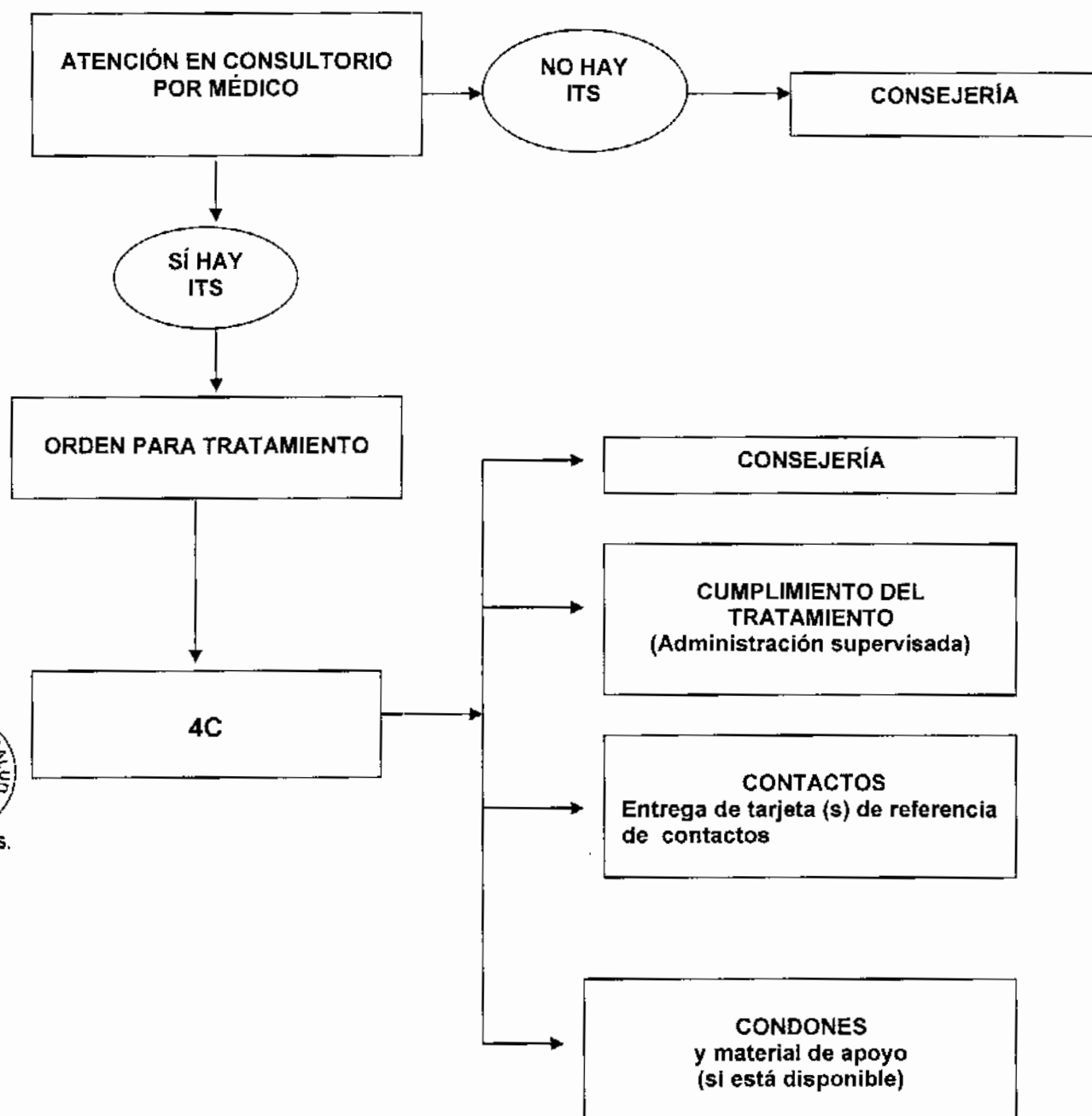




Colocar sobre la vulva o sobre el ano según el caso.



MODELO DE FLUJOGRAMA PARA CONSEJERÍA EN ITS



5.3.4 MENSAJES EDUCATIVOS EN LA CONSEJERÍA EN ITS

Todo paciente con ITS debe recibir y comprender los siguientes mensajes:

a.- Que adquirió la infección a través de una relación sexual no protegida

Es importante que el (la) consultante con una ITS comprenda que se infectó durante una relación sexual. Esto ayudará en el momento de informarle sobre la importancia de cumplir con el tratamiento de ella, él y de sus parejas.

b.- Que si la ITS no se trata, puede traer complicaciones

Informar al (la) consultante de las consecuencias de no tratar una ITS, de las complicaciones que se pueden presentar tempranamente como epididimitis en hombres y enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres. Otras como infertilidad o embarazo ectópico, pueden tardar más tiempo en presentarse. Explicar que algunas complicaciones comprometen, incluso, la vida de los pacientes. Informar de la posibilidad de contagiar al recién nacido si la mujer con ITS queda embarazada.

c.- Cómo se diseminan las ITS

La persona debe evitar tener relaciones sexuales hasta que esté completamente curada. Si esto no ocurre, puede transmitir la ITS a su pareja. Debe, además, no tener relaciones sexuales hasta que su pareja sea tratada pues puede volver a infectarse (re-infección), generando complicaciones o resistencia a algunos medicamentos.

d.- Que las ITS facilitan el ingreso del VIH al organismo

Las ITS pueden causar heridas, laceraciones (visibles o no), cuadros inflamatorios de la piel o mucosa, las cuales son una puerta abierta para el ingreso del VIH. La consulta de una ITS es una oportunidad singular para proporcionar educación sobre la prevención del VIH.

e.- La importancia de acudir a los servicios de salud

Se debe fomentar la búsqueda de servicios de salud que brinden atención en ITS. Proporcionar alternativas de consulta. A las mujeres se les debe informar sobre la necesidad del control prenatal y el descarte de sífilis y VIH, muy necesario al inicio del embarazo. Los pacientes varones deben conocer esta información para facilitar que sus parejas puedan acudir a estos servicios.

f.- Que las prácticas sexuales más seguras incluyen el uso adecuado y consistente del condón

Promover una relación mutuamente fiel, el uso adecuado y consistente del condón con todas sus parejas sexuales ocasionales, y/o de ser posible con su pareja estable. Instruir acerca de la posibilidad del sexo no penetrativo. Hacer que el (la) consultante elija la mejor opción.

g.- Que regrese a la consulta si no hay mejoría

Todos los pacientes deben regresar al servicio en caso los síntomas continúen y/o para el seguimiento respectivo.

5.3.5 SITUACIONES ESPECÍFICAS: MENSAJES PARA HOMBRES, MUJERES Y ADOLESCENTES

Es necesario considerar que existen mensajes que deben priorizarse según los diferentes grupos poblacionales como hombres, mujeres y adolescentes. Para los grupos de elevada prevalencia de ITS y VIH se desarrollará un capítulo específico.

EN HOMBRES:

➤ Uso adecuado y consistente del condón en las relaciones sexuales (orales, anales y vaginales) con parejas ocasionales, con trabajadoras(es) sexuales (TS) y fuera de la pareja estable.

➤ Reconocimiento de signos y síntomas y búsqueda del servicio.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

- Evitar tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

EN MUJERES:

- Identificación de signos o síntomas en ella o en su pareja para buscar tratamiento e incentivar a su(s) pareja(s) a hacer lo mismo (algunas ITS en mujeres no dan síntomas).
- Reconocimiento de los factores de vulnerabilidad frente a las ITS (rol receptivo en la relación sexual, mayor facilidad para generar heridas o laceraciones en la mucosa que recubre la vagina o el ano).
- Negociación del uso de condón si se sospecha conductas de riesgo en su pareja.
- Búsqueda de orientación y apoyo para evitar la violencia sexual.

EN ADOLESCENTES:

- Cuidado del cuerpo y la salud.
- Evitar el consumo de alcohol y otras drogas porque ello dificulta la toma de decisiones concientes y adecuadas.
- El retraso del inicio sexual en aquellos adolescentes que aún no se han iniciado sexualmente.
- Promover el desarrollo de habilidades para la vida (comunicación, asertividad, proyectos de vida, toma de decisiones) y la autoestima.

Es recomendable que los (las) consejeros(as) estén al tanto de la problemática juvenil, estilos de vida, lenguaje utilizado, para no crear distancia en el vínculo que se va a establecer. Incluso se debe tomar en cuenta la dificultad de los adolescentes para acceder y decidir buscar los servicios de salud para su orientación y apoyo.

En adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual, se debe abordar el caso considerando la posibilidad de que haya adquirido una ITS, y que pueda ser asintomática. Informar que si no se trata puede generar complicaciones, por ello, además del examen clínico, se debe incluir el apoyo social y psicológico de manera integral para el abordaje.

IDEAS CLAVES

- La consejería en ITS es un proceso de información, orientación y soporte que promueve la adopción de actitudes y comportamientos de menor riesgo para no adquirir una ITS.
- El manejo adecuado de las ITS incluye las 4C (consejería, cumplimiento del tratamiento, contactos y condones).
- Durante la consejería se debe enfatizar la importancia de tratar a la(s) pareja(s) sexual(es), del cumplimiento del tratamiento prescrito y se debe proveer y promover el uso consistente y adecuado del condón enseñando su uso.
- Se debe enfatizar también la peligrosa relación existente entre ITS y VIH y SIDA.
- El (la) consejero(a) debe adecuar los contenidos y mensajes de la consejería según el grupo objetivo.



5.4 CONSEJERÍA EN DIAGNÓSTICO PARA VIH

5.4.1 DEFINICIÓN DE CONSEJERÍA EN DIAGNÓSTICO DE VIH

La consejería en diagnóstico para VIH está orientada a reforzar la motivación para el logro de cambios de conducta en personas con riesgo de adquirir el VIH. Facilita la comprensión y solución de problemas emocionales y físicos que el (la) consultante presenta en relación con el diagnóstico de VIH. (Anexos N° 4,5 y 6)

¿Quiénes deben recibir consejería en VIH y SIDA?

Personas que desean información sobre el VIH y SIDA, las que desean hacerse el despistaje de VIH, las que viven con VIH y SIDA y sus parejas; también personas con ITS y sus parejas sexuales, personas politransfundidas, personas con múltiples parejas sexuales y que no se protejan. Aquellas que van a contraer matrimonio, mujeres embarazadas en su primer control prenatal, a las que se les ha detectado tuberculosis activa, los donantes de sangre, células, tejidos u órganos.

5.4.2 TIPOS DE CONSEJERÍA

La consejería, según el momento en el que se ofrece, puede ser: pre test (antes de la prueba) y post test (después de la prueba).

5.4.2.1 CONSEJERÍA PRE TEST

Esta se brinda antes de realizar una prueba de despistaje para VIH para evaluar la posibilidad de haberse expuesto al virus y con el fin de preparar emocionalmente al (la) consultante en el manejo del diagnóstico (cualquiera que sea) y de sus consecuencias.

La consejería pre test no siempre concluye en la decisión de realizarse la prueba, ya que el (la) consultante puede decidir no hacérsela, el (la) consejero(a) debe facilitar este proceso (Anexo N° 7).

5.4.2.1.1 Objetivos

- Evaluar con el (la) consultante las posibilidades de haber estado expuesto al VIH.
- Brindar información sobre la infección del VIH y SIDA y cómo prevenirla.
- Ayudar en el proceso de toma de decisiones para realizarse el despistaje, brindando información sobre la prueba y sus posibles resultados.
- Informar sobre los derechos que tiene y la necesidad de firmar el consentimiento para realizarse el examen (salvo en aquellos casos que la ley dispone que no es necesario el consentimiento firmado: donantes de sangre y gestantes - Ley CONTRASIDA y su modificatoria).
- Evaluar las implicancias emocionales frente a la posibilidad de recibir un resultado positivo.
- Identificar y trabajar las barreras para cambios de comportamientos hacia conductas de menor riesgo.

5.4.2.1.2 Pasos a seguir en la consejería

- **Presentación:** recibir al (la) consultante con amabilidad, lo cual creará desde el inicio un espacio cálido que le brinde seguridad. Será necesario que el (la) consejero(a) se presente y explique la función que realiza, defina el propósito de la sesión y garantice la confidencialidad de lo que se va a tratar.



DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

- **Evaluar el motivo de consulta:** preguntar sobre las razones por las cuales se ha solicitado la consulta, cuál es la mayor preocupación e indagar si existe indicación médica o si es un interés personal, además de ayudar a identificar las necesidades del o la consultante.

Además, es necesario conocer si ha solicitado en otras oportunidades la prueba para VIH; en tal caso, indagar: ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿por qué razón?, ¿recibió consejería?, y ¿cual fue el resultado?

- **Evaluar el riesgo:** la evaluación de riesgo es una acción que permite conocer las conductas de riesgo del (la) consultante de modo tal que pueda identificar, evaluar y tomar conciencia del riesgo de haberse expuesto al VIH. Se debe incluir la evaluación del riesgo de sus parejas sexuales.

En la evaluación de la probabilidad de que una persona haya estado expuesta al VIH, deberá tenerse en cuenta los aspectos de su vida en los últimos 5 ó 10 años (dependiendo de la edad del (la) consultante, de la epidemiología del VIH y de su zona habitual de residencia).

- **Brindar información:** es importante conocer cuál es la información que tiene el (la) consultante (sobre el VIH y SIDA, formas de transmisión y prevención); así mismo, conocer sus creencias y mitos al respecto. A partir de esta exploración, el (la) consejero(a) reforzará la información correcta y corregirá la equivocada.

➤ **Información sobre la prueba,** se debe incluir información sobre:

- ❖ Procedimiento(s) para la toma de la muestra, considerando si es prueba de ELISA para VIH o prueba rápida.
- ❖ Tiempo de espera para los resultados.
- ❖ Diferencias entre las pruebas de descarte y las confirmatorias.
- ❖ Significado de resultados: negativo, positivo o indeterminado.
- ❖ Significado del período ventana.
- ❖ Seguimiento serológico (3-6 meses), en caso de personas que hayan tenido conductas de riesgo y su prueba haya resultado negativa.

➤ **Información sobre VIH,** se debe incluir información sobre:

- ❖ ¿Qué es el VIH?
- ❖ ¿Qué sucede cuando ingresa al organismo?
- ❖ Etapas de la Infección.
- ❖ ¿Cómo se transmite y cómo no se transmite?
- ❖ ¿Cuáles son las formas de prevención?
- ❖ Información general sobre tratamientos profilácticos y antirretrovirales.



RECUERDE

Antes de hacerse la prueba, el (la) consultante deberá firmar un consentimiento escrito (salvo en los casos descritos anteriormente); para ello el (la) consejero(a) debe asegurarse de que el (la) consultante ha entendido plenamente la información brindada y ha tomado una decisión voluntaria

(Anexo N° 11)

**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

- **Evaluar el impacto psicosocial:** este momento permite conocer el impacto psicológico y social de un posible resultado positivo. Se debe identificar los recursos (emocionales y sociales) del (la) consultante para hacer frente a este resultado y a los cambios que serán necesarios hacer como respuesta al diagnóstico. Para esta evaluación puede formular las siguientes preguntas:
 - ¿Qué espera usted de los resultados de la prueba?
 - ¿Qué significaría para usted un resultado negativo?
 - ¿Qué cambios haría en su vida si el resultado fuera negativo?
 - ¿Qué significaría para usted un resultado positivo?
 - ¿Qué cambios haría en su vida si el resultado fuera positivo?
 - ¿Cómo enfrentará la espera de los resultados?

Es necesario identificar y evaluar posibles tendencias suicidas, para ello:

- Tener en cuenta la historia previa o antecedentes de intentos de suicidio en el (la) consultante o en su familia.
- Conocer si ha experimentado recientemente la pérdida de algo o alguien muy cercano o querido.
- Explorar antecedentes de cuadros depresivos u otros eventos traumáticos.

La idea de suicidio no debe sorprender, por lo tanto, el (la) consejero(a) no debe temer referirse a ello. Es frecuente que ante la posibilidad de un resultado positivo el (la) consultante señale una idea de suicidio; en todo caso, si se detecta esta problemática, deberá ser referido de inmediato al especialista en salud mental.

- **Identificar el soporte social y familiar del(la) consultante:** se puede formular las siguientes preguntas:
 - ¿Ha pensado informar a alguien que se ha hecho la prueba?
 - ¿Con quién compartiría el resultado?
 - ¿Como reaccionaría su pareja o familia frente a un resultado positivo?
 - ¿En quiénes podría encontrar apoyo si su resultado fuera positivo?

Es recomendable que la persona tenga en quién confiar para hablar sobre el diagnóstico sin temor a ser rechazado. La experiencia indica que los confidentes deben ser muy pocos. Esta es una decisión que debemos analizar con cuidado, ya que compartir el resultado con personas inadecuadas puede ser contraproducente. Será necesario que la persona con quien se comparte el diagnóstico reciba también consejería, para que brinde el apoyo adecuado.

- **Recomendar medidas preventivas:** la consejería pre test es un momento importante que debe ser aprovechado para brindar información sobre las medidas preventivas, considerando que, a veces, ante la angustia que produce el examen, el (la) consultante no regresa por el resultado.

Los temas a considerar son:

- Reforzar el uso consistente y adecuado del condón.
- Evitar conductas de riesgo mientras espera el resultado, ya que perdería su valor y tendría que realizarse nuevamente la evaluación. El (la) consultante debe comportarse como seropositivo para evitar infectarse, reinfectarse o infectar a otros.



- Identificar las barreras para el cambio de conductas de riesgo, trabajarlas durante la consejería y considerar la posibilidad de referirlo al servicio de salud mental u otra especialidad si lo requiere.

5.4.2.1.3 Situaciones especiales que se pueden presentar

- **Consultante que llega con un resultado de ELISA o prueba rápida reactiva:** encontraremos estos casos ya que se están ofertando pruebas rápidas para VIH en farmacias y laboratorios privados donde no se ofrece consejería, o esta no es adecuada. Frente a ello, se recomienda asumir el caso siguiendo el procedimiento de la consejería pre test; sin embargo, es importante iniciar la sesión disminuyendo la ansiedad del (la) consultante, a través de la explicación del significado de los resultados, enfatizando la necesidad del examen confirmatorio.
- **Consultante que regresa por los resultados de despistaje (ELISA o prueba rápida, sin prueba confirmatoria), siendo el resultado reactivo:** el (la) consejero(a) no puede negarse a entregar el resultado, debe ofrecer consejería de soporte, enfatizando en la necesidad de la prueba confirmatoria. Si la evaluación de riesgo indica que existe la posibilidad de confirmar este resultado (en caso de parejas o personas ya diagnosticadas, GEPETS, ITS previas y otros), se debe incidir en el impacto del resultado positivo confirmatorio.
- **Consultante que ha tenido un accidente ocupacional:** se recomienda además de realizar la consejería pre test, ofrecer soporte emocional. Es necesario disminuir la ansiedad brindando información clara, precisa y evitando ser alarmista. Recuerde que el riesgo de seroconversión por un accidente ocupacional dependerá del tipo de accidente, de la vía de ingreso del virus, del objeto con el cual sucedió, o de la fase de infección del paciente con el que ocurrió el accidente. Se brindará todas las recomendaciones de prevención, tales como: no donar sangre u órganos, evitar la lactancia (si fuera el caso) e incentivar la práctica de sexo protegido (uso del condón), hasta que se descarte una posible seroconversión. Remitirse a Directiva No. 012-MINSA/DGSP-, aprobada el 9 de mayo de 2003.
- **Consultante víctima de violación sexual:** antes de hacer el examen físico se proporcionará apoyo emocional. Tenga en cuenta y respete la decisión del (la) consultante con respecto a cada procedimiento. Ofrecer y administrar Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) para evitar un posible embarazo dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho, en caso de que no haya estado usando anticonceptivos hormonales (orales, inyectables o DIU). Es fundamental la consejería, informar sobre los riesgos, los signos y síntomas de las ITS incluido el VIH. Hacer seguimiento de la serología para sífilis a los 30 días, para Hepatitis B a los 180 días y para VIH a los 90 y 180 días. La administración de medicamentos contra las diferentes ITS, así como profilaxis contra el VIH, se describen en el protocolo de atención detallado en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva – 2004 – MINSA, y en la Guía Nacional de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual-2006-MINSA.
- **Consultante que es una gestante:** como estrategia para disminuir la transmisión vertical del VIH, se realizan pruebas serológicas a las gestantes en el primer control pre natal.

La experiencia ha demostrado que la continua afluencia de gestantes en algunos centros no permite realizar consejerías individuales, por lo que se propone que la consejería pre test se desarrolle en grupos pequeños, utilizando un lenguaje claro y con una metodología participativa. Luego, deberá



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

ofrecerse la oportunidad de una consejería individualizada, en este proceso se puede identificar a gestantes que requieran consejería individual.

En la consejería a gestantes, además de facilitar el reconocimiento del riesgo de adquirir el VIH, debe:

- Informar sobre el objetivo, ventajas e importancia de realizarse la prueba de detección de VIH durante el embarazo, tanto para la gestante como para el recién nacido.
- Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

5.4.2.1.4 Temas a tratar durante la consejería con gestantes

- Información sobre el VIH y SIDA, efectos del VIH sobre el sistema inmunológico, la historia natural de la infección y el riesgo de infectar al bebé si se es seropositiva.
- Información sobre la prueba de despistaje, cuál es el procedimiento si la prueba es rápida o si es una prueba de ELISA, qué significa un resultado reactivo o no reactivo tanto en ella como en el bebé.
- Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé y otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna).
- La última modificatoria de la Ley 26626 – LEY CONTRASIDA, por la ley 28243, plantea que el despistaje del VIH es obligatorio para toda gestante, y reafirma la obligatoriedad de la consejería pre test y post test.
- Si la gestante está en trabajo de parto, recibirá antirretroviral, según norma técnica para la prevención de la transmisión vertical vigente.

Según las últimas directivas, para disminuir la transmisión vertical se busca la integración de la estrategia (prevención de transmisión vertical) con los servicios de atención pre natal. Esto implica que la responsabilidad del despistaje recae en el personal de este servicio, en coordinación con el laboratorio y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS VIH y SIDA.

5.4.2.2 CONSEJERÍA POST TEST

Se realiza al hacer la entrega de los resultados de la prueba VIH, sean éstos positivos (con pruebas confirmatorias), negativos o indeterminados. Se realiza considerando la interpretación de los resultados del examen (ver cuadro **Tipo de Resultados**), y de los riesgos personales

Del (la) consultante. Debemos estar preparados para responder a su reacción frente al resultado.

Se recomienda que el mismo consejero(a) que realizó el pre test como el post test entregue los resultados, tanto por la relación establecida como por el conocimiento de la historia y la evaluación de riesgo del (la) consultante.



E. CRUZ S.



TIPOS DE RESULTADO

TIPO	INTERPRETACIÓN
No reactivo / Negativo	La persona no está infectada o todavía no se han producido aún los anticuerpos necesarios para ser detectados por la prueba (período ventana).
Positivo	La persona está infectada con el VIH.
Indeterminado	Puede tratarse de un falso positivo por razones biológicas o ser un positivo que aún no es detectable porque los anticuerpos no se han desarrollado completamente.

5.4.2.2.1 Consejería post test con Resultado No Reactivo/ Negativo

Este tipo de consejería se ofrece en consultantes cuyas pruebas de descarté (ELISA o prueba rápida) o confirmatorias (Western Blot o IFI) son no reactivas o negativas.

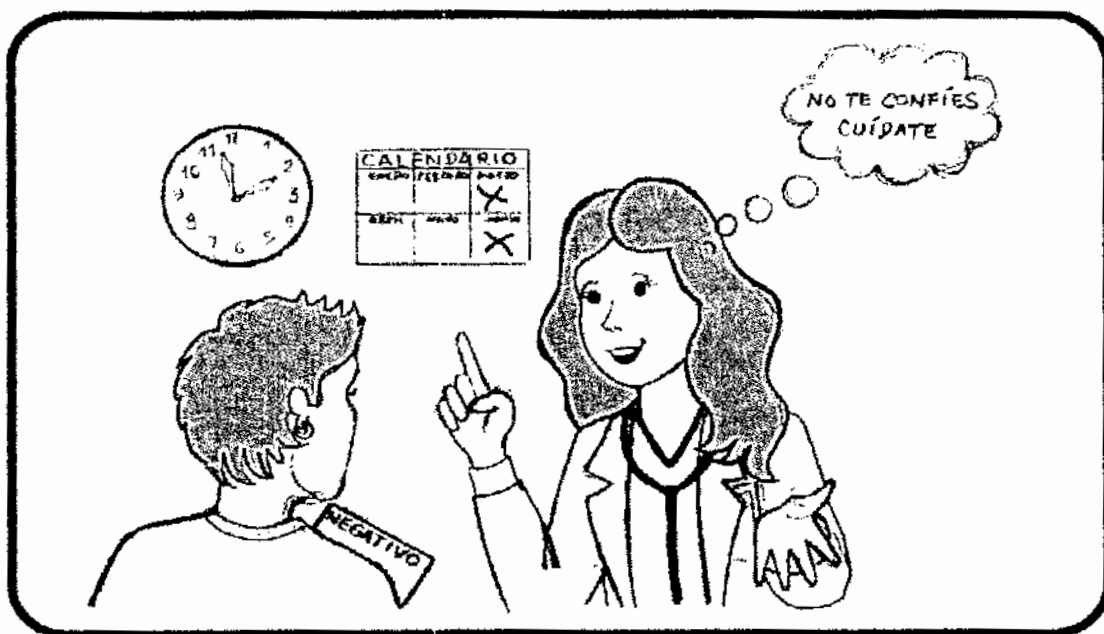
a.- Objetivos

- Brindar información sobre el significado de los resultados.
- Reforzar la información sobre las medidas preventivas.

b.- Pasos a seguir en la consejería

- **Explicar el significado de un resultado negativo:** para ello se considera la evaluación de riesgo y la posibilidad del período ventana, si este fuera el caso. Recomendar repetir el examen tres (03) meses después de la prueba, siempre y cuando la persona no vuelva a exponerse al VIH; es decir, tenga sexo protegido y no se haga transfusiones de sangre. Si se trata de la pareja de una persona ya diagnosticada, se hará un seguimiento hasta el año, repitiendo el examen cada tres (03) meses.





- **Reforzar la información referida al VIH y SIDA y a las medidas preventivas:** promover el cambio de comportamientos de riesgo y la adopción de prácticas sexuales más seguras, enfatizar la importancia del uso adecuado y consistente del condón. Dado que el (la) consultante se encuentra en una etapa emocional favorable y la carga psicológica es menor, tendrá una mejor disposición de escucha.
- **Identificar las barreras para el cambio de comportamiento:** primero se debe evaluar, si existen situaciones que impiden realizar cambios necesarios en la conducta del (la) consultante. Segundo, si estos cambios pueden ser trabajados en sesiones de consejería posterior o si es necesario referirlo a un especialista de salud mental (estos casos pueden ser pacientes psiquiátricos, drogodependientes, alcohólicos, personas con trastornos psicológicos serios, entre otros).
- **Entregar material e insumos:** folletos para reforzar la información brindada, y condones para promover su uso.



5.4.2.2.2 Consejería post test con resultado positivo.

Se brinda cuando se cuenta con el resultado de la prueba confirmatoria positiva. Es una tarea difícil para el (la) consejero(a), incluso para los más experimentados. Es una situación que debemos estar en la capacidad de abordar; de lo contrario, debemos buscar la asesoría de un experto o de un(a) consejero(a) experto(a).

El contacto establecido y el manejo inicial realizado en la consejería pre test pueden favorecer la entrega del resultado, sobre todo si la persona ha valorado su riesgo, si está consciente de ello y si el consejero(a) lo ha preparado emocionalmente ante la posibilidad de un resultado positivo (Anexo N° 8).

a.- Objetivos

- Brindar soporte emocional.
- Reforzar la información referida a la infección, el significado del resultado, las medidas preventivas (para evitar diseminar la infección y evitar la re-infección).

DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

- Ofrecer orientación sobre pautas de autocuidado y tratamientos: médico, psicológico o de otras especialidades.
- Motivar la comunicación del resultado a su(s) pareja(as) sexuales.

b.- Pasos a seguir en la consejería

- **Comunicar y explicar el significado del resultado:** recordar brevemente la valoración del riesgo y lo tratado durante la consejería pre test. Indagar como ha pasado el lapso de espera del resultado, y si tiene una idea de cuál puede ser el resultado. Comunicar que el resultado positivo indica la presencia de la infección por el VIH y no es diagnóstico de SIDA.
- **Ofrecer soporte emocional:** es necesario brindar confianza, reforzar empatía, evitar tener una actitud compasiva, facilitar la expresión de sentimientos y emociones (sean de pena, tristeza, cólera, ansiedad, etc.) en cualquier momento que éstos aparezcan y por el tiempo que lo necesite. Hacer comprender que la infección por el VIH es considerada una enfermedad crónica (no es sinónimo de muerte), que existen tratamientos para ella. El apoyo emocional debe ser consistente y disponible.
- **Reforzar la información:** Hacerlo cuando se considere que la persona está emocionalmente más estable, los mensajes deben ser sencillos, breves y concisos. El (la) consejero(a) debe evaluar si el (la) consultante está realmente asimilando la información. Es importante motivarlo a formular preguntas referidas a sus dudas y temores; si están relacionadas a aspectos clínicos, debe señalarse que serán resueltas con el especialista.
- **Recomendaciones sobre prevención y autocuidado:** estas incluyen información sobre controles regulares, cumplimiento del tratamiento profiláctico y antirretroviral. Orientación sobre autocuidado: hábitos higiénicos, dietéticos y de vida saludable (trabajo, deporte, recreación, evitar o reducir consumo de tabaco, alcohol y agotamiento). Recomendaciones sobre sexualidad: prácticas sexuales más seguras para evitar la re-infección y la diseminación de la infección, evitar exponerse a infecciones como la tuberculosis u otras ITS. Los temas a tratar deben ser breves, considerando el estado emocional del (la) consultante. Señalar que estos aspectos se verán con mayor detalle en la consejería de soporte.



RECUERDE

Durante la sesión de consejería debemos brindar apoyo, así como ofrecer opciones frente a las diferentes situaciones y/o problemas del (la) consultante.

Tener en cuenta el impacto emocional frente al diagnóstico y reforzar la necesidad de sesiones de apoyo posteriores (dejar la puerta abierta).

- **Comunicación del resultado a las parejas sexuales posibles:** debe incidirse en el derecho de las parejas sexuales a conocer el resultado y de hacerse la prueba, a fin de recibir ayuda oportuna. Proponer las estrategias de comunicación del resultado (qué se va a decir y cómo enfrentar la reacción ante la noticia). Es necesario ofrecer ayuda y acompañamiento en la tarea de comunicar el resultado; en esta situación, el (la) consejero(a) deberá ofrecer consejería pre test a la pareja (enfaticando el riesgo de haber estado expuestos al virus y a la necesidad de

realizarse el despistaje). La comunicación del resultado a las parejas o a la familia solo se hará con el consentimiento del (la) consultante.

Los motivos que se pueden plantear para comunicar el resultado a la(s) pareja(s) son:

- ❖ Sus parejas tienen el derecho de saberlo.
- ❖ Si la pareja también tiene el VIH, puede infectar a otras personas sin saberlo o re-infectarlos.
- ❖ Si la pareja tiene la infección y no recibe atención, puede complicar su estado de salud.
- ❖ Si la pareja está embarazada o se embaraza, corre el riesgo de infectar al bebé con el VIH.

Se debe informar al o la consultante, no en tono amenazante, sobre el artículo No. 289 del Código Penal Peruano que señala: *"El que a sabiendas, propaga una enfermedad peligrosa o contagiosa para la salud de las personas será reprimido con pena privativa de libertad no menor de 3 ni mayor de 10 años"*.

• **Referencia:** esta se hará al equipo multidisciplinario para evaluación médica integral (internista o infectólogo, odontólogo, oftalmólogo), evaluación y atención en salud mental, consulta a nutrición; así mismo, debe incluirse la derivación al grupo de ayuda mutua (GAM), y a grupos de soporte emocional si los hubiera (es necesario que el (la) consejero(a) cuente con un directorio de grupos o instituciones de apoyo en su localidad).

Es de suma importancia el seguimiento del caso, el cual se desarrollará en la consejería de soporte.

5.4.2.2.3 Consejería post test con resultado indeterminado

Lo ideal es no entregar un resultado indeterminado. Si se ha procesado únicamente con la prueba de inmunofluorescencia (que es confirmatoria), y se cree necesario reconfirmarla con una prueba de Western Blot, se puede hacer.

Las razones para obtener resultados indeterminados pueden estar asociadas a una falsa reactividad biológica, o si es una infección inicial y la persona está probablemente en proceso de seroconversión. Se presenta también cuando existen otras infecciones con anticuerpos que hacen que esta prueba reaccione (Anexo N° 9).

a. Objetivos

- Explicar el significado del resultado indeterminado.
- Brindar soporte emocional.
- Reforzar la información referida a la infección y a las medidas preventivas.

b. Pasos a seguir en la consejería

- **Explicar el significado del resultado indeterminado:** iniciar señalando que este resultado no es concluyente, y que deberá hacerse una prueba pasados los seis (06) meses. Es necesario explicar las razones, arriba mencionadas, por las que se obtienen resultados indeterminados.
- **Brindar apoyo emocional:** nada puede ser peor que recibir luego de una angustiada espera, un resultado que no esclarezca la situación; es decir, que sea indeterminado. El (la) consejero(a) deberá ser receptivo ante los sentimientos contradictorios que pueda experimentar el (la) consultante.



E. CRUZ S.



Probablemente esta situación se va a prolongar durante medio año, por lo que se debe ofrecer espacios de apoyo emocional. Si es necesario, se deriva al apoyo psicológico o se le brinda opciones de otros servicios.

- **Reforzar la adopción de medidas preventivas:** incluir recomendaciones sobre prácticas sexuales más seguras y un estilo de vida saludable; es decir, "vivir como si fuera positivo", para evitar infectarse, re-infectarse o infectar a otros.
- **Recomendar la realización de una nueva prueba:** hay que hacer una cita para repetir el examen. Según la OMS deberá hacerse luego de seis (06) meses, si después de este tiempo la prueba da un resultado no reactivo o no muestra un aumento de la reactividad, la infección debe ser descartada. Es importante el seguimiento y sesiones de consejería mientras se espera este momento.

RECUERDE

No olvidar que el (la) consultante puede buscar que el (la) consejero(a) sea quien tome decisiones o asuma responsabilidades, pero esto no es correcto. Se debe promover la autonomía, responsabilidad y compromiso del (la) consultante con su propio proceso.

5.4.3 IMPACTO PSICOLÓGICO FRENTE AL VIH Y EL SIDA

Son las reacciones emocionales que experimentan las personas que han recibido un diagnóstico de seropositividad y viven con el VIH. El nivel de intensidad con el cual se viven los problemas emocionales derivados de la infección por VIH y SIDA, depende de factores, tales como:

- La estructura de la personalidad y mecanismos de adaptación y defensa.
- La historia previa del individuo.
- El modo usual de afrontar las situaciones de estrés y crisis.
- Los antecedentes psicopatológicos (depresión, ideas o intentos suicidas, reacciones psicóticas, consumo sintomático de alcohol y drogas).
- La existencia o no de una red de soporte socio-emocional (vínculos familiares, amicales, pertenencia a grupos religiosos, organizaciones comunitarias, etc.) y de cómo utilizar estos recursos.
- Por otra parte, en la medida que la infección por VIH es un proceso crónico, habrá períodos de estabilidad emocional y otros de crisis, se puede señalar como momentos críticos más resaltantes:
 - Decidir hacerse la prueba de despistaje.
 - Recibir el diagnóstico de seropositividad.
 - La aparición de los síntomas.
 - Entrar al estadio o fase SIDA.
 - Inicio del tratamiento antirretroviral.
 - La etapa terminal de la enfermedad.



5.4.4 REACCIONES EMOCIONALES MÁS FRECUENTES FRENTE AL RESULTADO POSITIVO

a. **"Shock" emocional:** suele presentarse inmediatamente después de conocer el diagnóstico, se expresa con un profundo desconcierto y confusión. Algunas personas lloran desconsoladamente, otras permanecen en silencio a lo largo de muchos minutos, habrá quien reaccione impulsivamente gritando o actuando con agresividad; así como, quien se muestre indiferente e intente retirarse de inmediato del consultorio.

Si el(la) consultante presenta una crisis emocional, definida como un estado transitorio de intensa carga afectiva que puede conducir al desarrollo de comportamientos inadecuados y lo colocan en circunstancias riesgosas para su integridad o la de otras personas, se recomienda hacer la derivación inmediata al especialista en salud mental.

b. **Proceso de duelo:** se presenta en los días, semanas o meses siguientes de haber recibido el diagnóstico. Fue estudiado y descrito por Elizabeth Kübler-Ross para enfermos de cáncer, pero resulta aplicable a la experiencia de personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS). Comprende las siguientes fases:

- **Negación:** caracterizada por un estado de incredulidad, confusión, ansiedad o desconcierto. Es usual que la persona ponga en duda la validez del diagnóstico y realice la prueba en otro laboratorio, buscando un resultado diferente. Es también expresión de negación, la actitud de quien vive a espaldas del diagnóstico, como si desconociera que está infectado por el VIH.

La negación constituye un mecanismo defensivo de evasión, huida frente a una noticia que es una amenaza para la estabilidad emocional. En esa medida, el (la) consejero(a) no combatirá frontalmente la negación (salvo que esta conduzca a acciones que pongan en peligro la salud del (la) consultante), sino más bien será consciente de lo que se está produciendo y se limitará a "acompañar", ofreciendo mensajes objetivos y realistas acerca del significado del resultado positivo, y de las alternativas disponibles para enfrentarlo.

- **Resentimiento y cólera:** se presenta ante una situación que se considera injusta, en la cual se buscan responsables y culpables. Las personas pueden reaccionar dirigiendo su hostilidad hacia distintos "blancos", por ejemplo, contra la persona que le transmitió el VIH, indiferenciadamente contra la "sociedad", como una reacción de venganza.

Eventualmente la persona puede reaccionar de manera hostil hacia el (la) consejero(a), el equipo de salud, la familia, así como también podría hacerlo contra Dios o un poder sobrenatural. En algunos casos, la hostilidad se vuelca hacia sí mismo, apareciendo ideas, gestos o actos suicidas, o bien negándose a cumplir las recomendaciones médicas que van en contra de su salud.

En la consejería se busca facilitar la expresión verbal del resentimiento y la cólera, para evitar que estos sentimientos e impulsos se lleven a la acción y que la persona llegue a dañar a otros(as) o a sí mismo(a). El (la) consejero(a) debe tomar conciencia que la cólera del (la) consultante no va dirigida contra él o ella, sino que es un desplazamiento al "blanco", más cercano y más "neutro", porque no existen lazos emocionales.

- **La negociación o regateo:** en esta fase ya hay una aceptación parcial del diagnóstico, pero se busca una cura sobrenatural, mágica y, en retribución, la PVVS promete hacer un cambio significativo en su vida u ofrece un sacrificio. Es frecuente que la PVVS busque refugio en grupos religiosos o espirituales, buscando "curas milagrosas". El consejero(a) deberá acompañar este proceso para reducir el riesgo de abandono del control médico y del tratamiento o que se exponga a situaciones que afecten su salud o su economía.

- **Depresión:** es una reacción emocional muy frecuente que se alimenta de los sentimientos de culpa, autoreproches y deterioro de la autoestima. Aparece al enfrentarse con el real significado de las pérdidas actuales (su expectativa de vida, por ejemplo), y las futuras (temor al progreso de la enfermedad y a la muerte, a ser rechazado por sus familiares y amigos, a ser despedido del trabajo, etc.). Se acompaña de trastornos del sueño, del apetito, dificultad de concentración, etc., y en ocasiones esto paraliza a la persona, incluso puede fortalecer una idea suicida, lo cual lo llevaría a situaciones de aislamiento. El (la) consejero(a) debe brindar soporte



E. CRUZ S.



DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

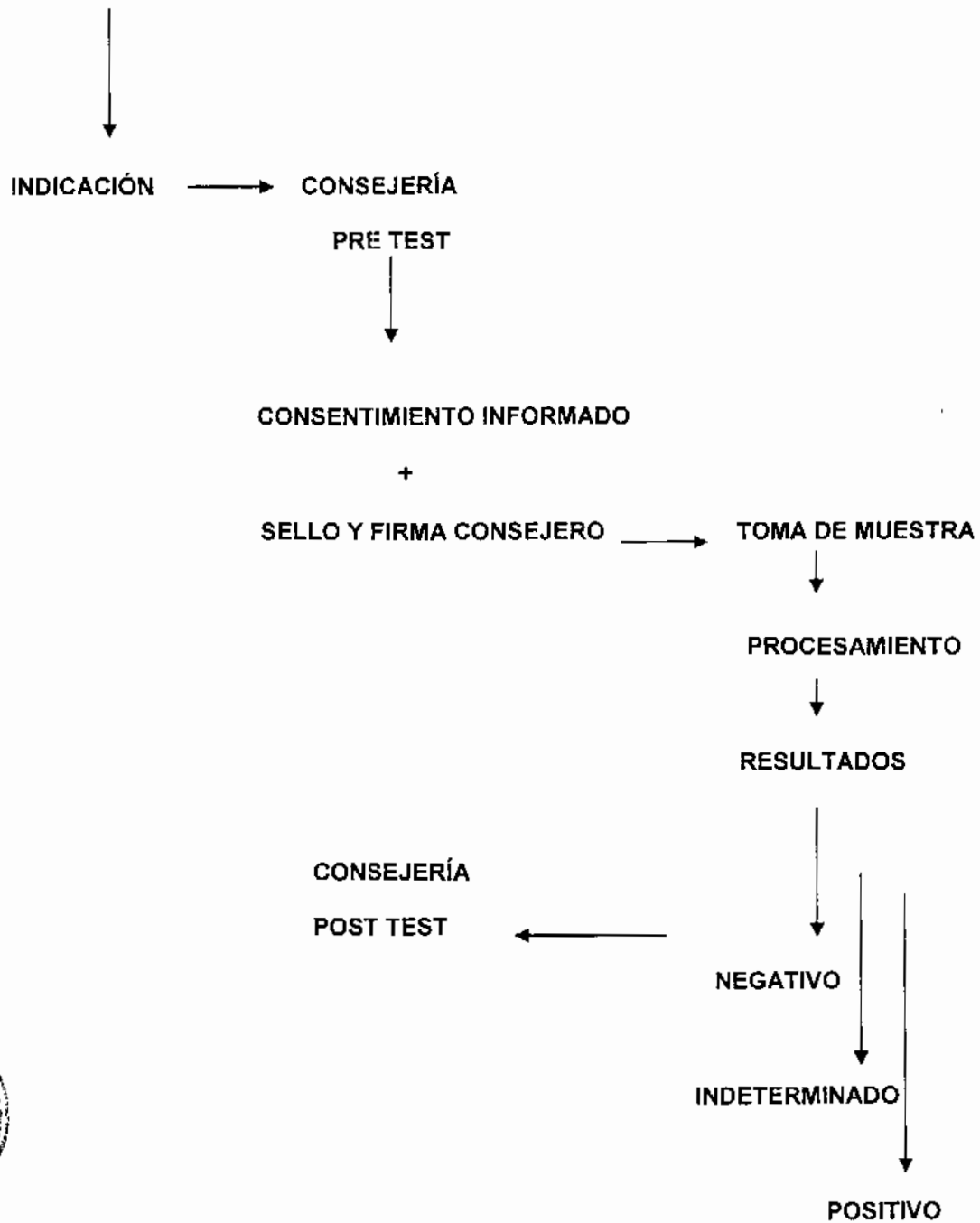
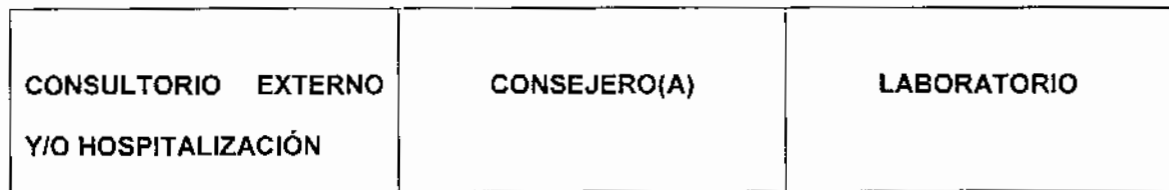
emocional y evaluar la pertinencia de referirlo a un especialista en salud mental para un diagnóstico diferencial preciso.

- **Aceptación del diagnóstico:** significa aprender a vivir con el VIH o con el SIDA. En esta etapa la persona reelabora sus planes de vida y esquema de valores. Comienza a privilegiar la "calidad" de vida, se compromete a replantearse proyectos personales o de bien común. En general, ésta es una etapa de desarrollo y enriquecimiento personal.

Es necesario precisar que estas cinco fases del proceso de duelo no se dan necesariamente en forma secuencial, ni se cumplen todas. Por ejemplo, puede haber quien permanezca todo el tiempo en negación o en depresión, o quien no logre llegar a la aceptación, o quien retroceda a fases superadas en función a los estadios de la infección.



MODELO DE FLUJOGRAMA PARA CONSEJERÍA EN VIH O EN SIDA



IDEAS CLAVES

- La consejería en diagnóstico de VIH debe considerar las necesidades específicas del (la) consultante.
- Toda prueba de diagnóstico de VIH debe ser precedida por la consejería.
- El (la) consejero(a) debe estar preparado para enfrentar las reacciones emocionales del (la) consultante.
- La adecuada consejería pre test y post test facilita el proceso de aceptación y adaptación del (la) consultante al VIH y SIDA.



5.5. CONSEJERÍA A GRUPOS DE ELEVADA PREVALENCIA PARA ITS Y VIH

5.5.1 CONSEJERÍA A TRABAJADORES(AS) SEXUALES (TS)

Trabajador sexual es aquella persona, hombre o mujer, que intercambia servicios sexuales por dinero o bienes. Se debe considerar, también, a quienes tienen sexo compensado, pero que no se identifican como TS.

a. Objetivos

- Educar en el reconocimiento de síntomas de ITS y su relación con el VIH.
- Promover la búsqueda de servicios y la atención médica periódica.
- Desarrollar habilidades para el uso y negociación del condón con todas las parejas sexuales e inclusive con la pareja estable.

b. Pasos a seguir en la consejería

- Educar en el reconocimiento de síntomas y signos de ITS

Es importante que eduquemos en la identificación de signos y síntomas sugerentes de ITS, tanto en el trabajador sexual (TS) como en sus clientes. Las ITS en mujeres son, en la mayoría



de los casos, asintomáticas; su diagnóstico y tratamiento oportuno es una actividad primordial en estos grupos.

SÍNDROMES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En mujeres	En varones
▪ Descenso vaginal. ▪ Dolor abdominal bajo. ▪ Úlcera genital (herida o llaga en los genitales). ▪ Verrugas en los genitales. ▪ Bubón inguinal (seca).	▪ Descarga uretral (pus o líquido que gotea por el pene, a veces con ardor o dolor al orinar). ▪ Pus o líquido por el ano. ▪ Úlcera genital (llagas en el pene, testículos y ano). ▪ Verrugas en el pene, testículos y ano. ▪ Bubón inguinal (seca).

• Promover la búsqueda de Servicios de Salud

Se busca promover la atención médica periódica (AMP), que es el control sistemático y periódico en busca de ITS que se realiza al trabajador sexual. Se brinda en los Centros de Referencia de ITS (CERITS) o en las Unidades de Atención Médico Periódica (UAMP).

La atención incluye: evaluación clínica y exámenes de laboratorio cada 30 días, evaluación serológica para descartar sífilis cada tres meses. Los tratamientos para los síndromes de ITS, así como, los exámenes de laboratorio, son gratuitos en esta población. Sugerir el examen para VIH cada seis (06) meses. (Ver Guía Nacional de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual-2006-MINSA).

Considerando el grado de migración del trabajador sexual, es necesario referirlo sobre la red de servicios a nivel nacional.

Un reto permanente para el (la) consejero(a) y equipo multidisciplinario será lograr la adherencia a los servicios de salud por parte de los TS.

• Promover el uso y proveer de condones

El condón es el medio más eficaz de protección que se tiene para evitar una ITS, incluyendo el VIH. Según lo señalado se deberá entregar 100 condones en la Atención Médica Periódica (Oficio Circular N° 6624-2008-DGSP/MINSA), entendiendo que el objetivo es crear un hábito de uso y que no es para cubrir la necesidad de consumo de (la) TS. Se debe motivar o impulsar el uso consistente y adecuado del condón, lo que implica su uso con todos sus clientes e incluso con su pareja estable. Para ello será necesario desarrollar habilidades y estrategias que le faciliten la negociación del uso del condón.



ESTRATEGIAS PARA LA NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN

Definir las dificultades y barreras más frecuentes que impiden el uso del condón, tanto del TS como del cliente. Se debe enfatizar que el cuidado de su salud debe ser lo fundamental. Existen diversas estrategias de negociación que actualmente son aplicadas con buenos resultados y evitan no perder el servicio con el cliente.

Algunas estrategias para la negociación del uso del condón son:

- **Erotización en la colocación del condón:** es importante romper con los esquemas tradicionales y fomentar los juegos eróticos. Algunos TS han desarrollado habilidades para manipular y colocar el condón como parte del juego sexual. Por otro lado, posiciones que eviten que el cliente vea el condón, distraer su atención o colocarlo con la boca, puede ser una alternativa.
- **Ofertar otros servicios:** como sexo oral protegido (colocando el condón con la boca), aumentar algunos minutos a la sesión, baile erótico y masajes.
- **Trabajar la posibilidad de que si el cliente no acepta usar el condón,** es preferible negarse a dar el servicio o desarrollar argumentos para lograr la relación sexual protegida, por ejemplo: *"yo te cuido y me cuido"*, *"conmigo estás seguro(a)"*, *"lo harás tranquilo, sin preocuparte"*.

c. Recomendaciones específicas para reducir el riesgo en el trabajo sexual

Es necesario enfatizar en los siguientes temas:

- **Elección o aceptación de clientes:** tener cuidado con clientes alcohólicos, drogadictos u otros, que puedan someterlos a situaciones difíciles de controlar como violencia o abuso. Por otro lado, es necesario revisar previamente la zona genital para descartar la presencia de una ITS, si este fuera el caso, se recomienda no atender al cliente, aunque se use condón. Es importante que el (la) TS brinde información para que busque atención médica especializada.
- **Prácticas sexuales de riesgo:** existen prácticas que incrementan el riesgo de adquirir una ITS y el VIH, por ejemplo, el sexo anal. Ello se explica porque la mucosa anal es poco flexible y lubricada y es una zona con gran presencia de vasos sanguíneos, existiendo la posibilidad que en la penetración (por la fricción) se pueda originar sangrado (el que puede ser visible o no). En el caso que la (el) TS brinde el servicio de sexo anal, se recomienda el uso del condón y lubricantes a base de agua.
- **El sexo oral sin usar preservativos:** el sexo oral (felatio) «chupar el pene» o «hacer la corneta», y más aún, recibir el semen en la boca, resultan riesgosos para contraer una ITS y/o el VIH.
- **El cuidado del cuerpo y la protección de la salud es importante:** enfatizar estos aspectos en las(los) TS implica reforzar la necesidad del cuidado integral de su salud, más aún, en aquellos(as) TS que usan o abusan del alcohol, drogas y fármacos. Estos aspectos deben ser abordados durante la consejería, ya que los exponen a un mayor riesgo de adquirir una ITS o el VIH, además de ser referidos a un servicio de atención de fármacos-dependientes o de salud mental.
- **Cuidado en la higiene personal:** la higiene es buena, pero no previene de las ITS; por el contrario, ciertas prácticas comunes que se han ido transmitiendo de generación en generación



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

entre las(los) TS (y en general, entre las mujeres) aumentan la vulnerabilidad de contraer una ITS. Entre las ideas y prácticas erróneas más comunes tenemos:

Ideas y prácticas erróneas	Realidad
Uso de sustancias "desinfectantes o limpiadoras" tales como: agua de ruda, limón, timolina, agua con gotitas de alcohol, agua de manzanilla, etc. aplicadas a manera de ducha vaginal (bombilla).	Todas estas prácticas conducen a una mayor irritación de la vagina y a la disminución de la flora bacteriana normal, exponiendo a la adquisición de una ITS y/o el VIH.
El uso de cremas u óvulos (Nistatina, Decadrón, Dequazol), desinfectantes medicados (Yovisol, DHF, etc.) usados diariamente.	
Un buen lavado interno de la vagina luego de una relación sexual protege de adquirir una ITS.	
Lavar el pene del cliente con alcohol u otras sustancias irritantes como colonia	

Se debe explicar que normalmente en la vagina viven diferentes tipos de microorganismos, que pertenecen a la "flora vaginal", que la protegen y mantienen sana. Agentes externos como las duchas vaginales o el uso indiscriminado de óvulos vaginales alteran esta flora, irritan la vagina y producen micro-ulceraciones, lo cual permite el desarrollo de bacterias anormales y el aumento de la susceptibilidad de la TS de contraer una ITS. Por lo tanto, se recomienda que la higiene sea estrictamente externa, es decir, solo por fuera. Incluso se debe evitar el uso de sustancias no indicadas por el médico o profesional de la salud en la consulta.

- **Evitar el trabajo sexual durante la menstruación:** la sangre, como un fluido agregado de intercambio es potencialmente infectante, la presencia de sangre causa irritación en la zona de la vulva. Los tejidos vaginales están mucho más sensibles y susceptibles para la adquisición de una ITS o el VIH.
- **Evitar el uso de tampones de algodón u otros elementos:** estos impiden la salida de la menstruación y los residuos podrían generar procesos infecciosos que pueden facilitar el ingreso del VIH.
- **Promover el desarrollo de habilidades sociales:** para favorecer el reconocimiento de fortalezas y debilidades para buscar una aceptación de sí mismo. Desarrollar estrategias que promuevan la asertividad: derecho a expresarse, a sentir, a ser escuchado, a decidir sobre su cuerpo y sus afectos, a conocer y ejercer sus derechos a tener proyectos de vida. Esto refuerza el cuidado de la salud y del cuerpo.
- **Suspender el trabajo sexual si se tiene un resultado VIH positivo:** un(a) TS con un resultado positivo de VIH o de ITS debe adoptar medidas de cuidado y protección de su salud. La reinfección o el contagio de otra ITS pueden acelerar el proceso de infección del VIH. Se debe proponer la posibilidad de dejar de ejercer el trabajo sexual por el riesgo que implica continuar trabajando bajo estas circunstancias. Informar sobre los tratamientos y las posibilidades de acceder a ellos. Apoyarlo en la búsqueda de otras posibilidades de generación de ingresos.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

En el caso del TS que decide continuar con su actividad, la consejería debe ser permanente, reforzando las medidas de protección y prevención, tanto para él o ella, su pareja y sus clientes. Es imprescindible asegurar la continuidad de la atención médica periódica. Cualquier tipo de discriminación o de falta a la confidencialidad por parte del (la) consejero(a) o equipo del centro de referencia de ITS, podría llevarlo a la clandestinidad. Así mismo, se debe motivar su inclusión en el sistema de atención como PVVS.

RECUERDE

Informar sobre el marco legal que señala como delito
la propagación de una enfermedad infectocontagiosa:

Artículo No. 289 del Código Penal Peruano

• **Informar sobre los aspectos legales del Trabajo Sexual:** si bien es cierto que la asesoría legal es uno de los servicios complementarios de los centros de referencia de ITS, es importante que el(la) consejero(a) maneje información básica que le permita orientar al usuario sobre algunos aspectos como:

- ❖ Todo TS tiene derecho a un servicio de salud de calidad. El reglamento de la Ley 26626 en su artículo 8° establece: "El Ministerio de Salud será la única institución autorizada a señalar las pautas de intervención en salud, orientadas a la atención médica periódica y de prevención de las ITS y/o VIH, en miembros de grupos con alta frecuencia de ITS. Ninguna autoridad administrativa, policial, municipal o política tiene competencia sobre esta materia bajo responsabilidad funcional".
- ❖ El ejercicio de la prostitución no constituye delito ni falta en el Perú. Existe un marco legal que reglamenta, a nivel municipal, la instalación de prostíbulos, casas de cita, etc.
- ❖ La legislación penal reprime con severidad, (dentro de los denominados "delitos contra la libertad individual"). Artículo 181° el delito de "proxenetismo", Artículo 179° "Promoción de la prostitución", Artículo 180° "Rufianismo" y Artículo 182° "Trata de personas".
- ❖ El "gateo" o "pepeo" son prácticas delincuenciales que ponen en riesgo la vida y seguridad del cliente y están penalizadas.



5.5.2 CONSEJERÍA EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES (HSH)

Al utilizarse la denominación de "hombres que tienen sexo con otros hombres" (HSH), se alude no sólo a la población masculina tradicionalmente clasificada como homosexual (travestis y otros hombres que lucen femeninos), sino, también, a otros grupos diferenciados que abarcan desde varones que no se identifican como homosexuales pero interactúan social y sexualmente con ellos, hasta hombres que se asumen ellos mismos como "gays"; además de hombres en uniones heterosexuales que eventualmente tienen "escapadas" homosexuales (mediadas o no por el alcohol), y de una variada gama de hombres que intercambian sexo homosexual por dinero o regalos.

La denominación de esta población agrupa a una población muy diversa de hombres, que solo tienen en común la conducta de ser hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres; sin embargo, no todos los HSH tienen el mismo riesgo. Existe un universo de tipologías y prácticas que son necesarias conocer. Se debe tener en cuenta que, si son trabajadores sexuales y no utilizan barreras de protección su riesgo será más alto que si mantiene una relación monógama.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

a. Objetivos

- Promover comportamientos de menor riesgo para adquirir ITS y el VIH.
- Educar para reconocer síntomas de ITS y búsqueda de servicios de salud.
- Promover el uso adecuado y consistente del condón.

b. Pasos a seguir en la consejería

- **Identificar al consultante como un HSH:** los HSH pueden tener necesidades de consejería distintas a las de otros varones, por ello es importante identificar al consultante como HSH. Esta población es muy diversa tanto en términos sociales y educativos, como en relación a cuán evidente es su condición de HSH o su comodidad para revelarlo. Ello hace que, en muchos casos, esta condición pase desapercibida (por ejemplo, la palabra "buses", término con que algunos HSH denominan a quienes no representan el estereotipo de los homosexuales y por ello "no parecen"), a menos que ellos la revelen espontáneamente o a partir del interrogatorio inteligente por parte de un consejero entrenado.

- **Identificar y reconocer las conductas de riesgo:** es necesario explorar con el consultante aquellas conductas que lo exponen al riesgo de adquirir las ITS y el VIH, para ello puede utilizar las preguntas de evaluación de riesgo de la consejería pre test, además, enfatizar en aquellas relacionadas a sus prácticas sexuales más frecuentes. Ello implica construir un vínculo de confianza en la interacción y realizar preguntas en lenguaje neutro y en el momento adecuado, tal como: "¿Alguna vez ha tenido relaciones con otros hombres?".

- **Educación en el reconocimiento de síntomas y signos de ITS:** es importante que eduquemos en la identificación de signos y síntomas sugerentes de ITS, evitando la automedicación porque esto puede complicar los síntomas (ver Guía Nacional de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual-MINSA).

- **Promover la búsqueda de servicios de salud:** para recibir tratamiento oportuno y consejería, recordando que si se tiene una ITS existe un mayor riesgo de adquirir el VIH.

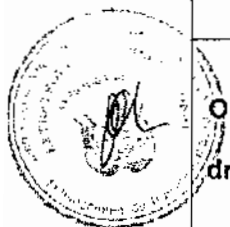
- **Recomendar el despistaje de VIH:** se hará a partir de la evaluación de riesgo y si tiene o no una ITS, esta prueba es voluntaria.

- **Promover el uso y proveer de condones:** es necesario promover el uso adecuado y consistente del condón, que incluye demostración; asimismo, identifique y trabaje las barreras para su uso.

- **Referir a otros servicios:** en ocasiones, el (la) consejero(a) puede encontrar consultantes que, siendo homosexuales, presentan desórdenes de tipo emocional respecto a no aceptar su orientación sexual, o sentimientos negativos hacia sus conductas; en este caso será importante tener una actitud de escucha y comprensión y realizar la derivación o referencia al servicio de salud mental.



RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA REDUCIR EL RIESGO EN PRÁCTICAS SEXUALES	
En la práctica del sexo anal	Uso consistente y adecuado del condón, incluyendo el empleo de lubricantes a base de agua, advertir que no se debe usar lubricantes oleosos (vaselina, cremas) y sugerir el uso de condones extrafuertes.
En la práctica del sexo oral	Uso consistente y adecuado del condón, y recomendar nunca recibir el semen en la boca; informar que existen condones saborizados que pueden utilizarse.
En el sexo oro-anal (llamado por algunos "beso negro")	Se recomienda el uso de elementos de barrera, uso de látex (condón) como protección. Recuerde que la higiene en esta práctica es muy importante.
En la práctica de la penetración digito-anal (introducción del dedo al ano)	Para mayor seguridad se puede emplear un guante de látex; recomendar que las uñas deben estar bien cortadas, para evitar rasgaduras y estar seguro de que no haya heridas en los dedos.
En la práctica "fisting" (introducción del puño al ano, práctica poco frecuente)	Debe utilizarse una adecuada cantidad de lubricante, así como un guante de látex o un condón que puede albergar un puño.
Uso de dildos o juguetes sexuales (penes de plástico, etc.)	Señalar que éstos no deben ser compartidos, y si lo fueran, debe utilizarse el condón, cambiándolo cuando pasa de una persona a otra.
Exploración de alternativas sexuales no penetrativas	Se incluye la masturbación mutua que es una práctica sexual segura, deja de serlo cuando la piel presenta algún tipo de laceraciones o heridas. Además, tenemos los besos, masajes eróticos, el coito interfemoral (entre las piernas). Proponer usar la imaginación y descubrir otras variantes seguras.
Orientar sobre los riesgos del uso o consumo de drogas y alcohol asociado a relaciones sexuales	Bajo el efecto de estas sustancias no se toman decisiones adecuadas, por ello es importante poner límites y protegerse.



5.5.3 CONSEJERÍA EN FÁRMACO-DEPENDIENTES

Personas que consumen drogas, incluyendo el alcohol, de forma disfuncional. El consumo de estas sustancias los lleva a tener comportamientos de riesgo: relaciones sexuales sin condón, múltiples parejas sexuales y sexo a cambio de drogas.

a. Objetivos

- Facilitar el reconocimiento de conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas, incluyendo el consumo de alcohol.
- Educar en el reconocimiento de síntomas de ITS y la búsqueda de servicios de salud.
- Promover el uso adecuado y consistente del condón.
- Incentivar la incorporación en programas de tratamiento a fármacodependientes.

b. Pasos a seguir en la consejería

- **Orientar al reconocimiento de las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas:** es necesario que el (la) consultante identifique y reconozca la existencia de conductas de riesgo al que se expone bajo los efectos de drogas, incluyendo el alcohol. Si hay uso de drogas endovenosas, se recomienda nunca compartir agujas o equipos inyectables.
- **Educación en el reconocimiento de síntomas de ITS y búsqueda de servicios de salud:** es importante informar sobre los síntomas y signos de las ITS, y recomendar acudir a los establecimientos de salud para recibir atención especializada, tanto el (la) consultante como su pareja.
- **Recomendar hacerse la prueba de despistaje para VIH:** si tiene o ha tenido una ITS, o conductas de riesgo, se debe recomendar la prueba de descartar para VIH. Si el (la) consultante tiene un resultado negativo, explicarle la importancia de repetir la prueba en 03 y 06 meses.
- **Promover el uso adecuado y consistente del condón:** asegurarnos a través de la demostración que el (la) consultante hace uso adecuado del condón.
- **Recomendar el ingreso a un programa de rehabilitación:** para ello será necesario referirlo al servicio de salud mental, en el cual le ofrecerán información especializada de programas existentes para tratamiento y rehabilitación de fármacodependientes.



5.5.4 CONSEJERÍA A PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD (PPL)

Personas que se encuentran en establecimientos penitenciarios que por las condiciones de vida asumen comportamientos de riesgos para la transmisión sexual de las ITS y el VIH, como relaciones sexuales no protegidas con TS y HSH; y para la transmisión sanguínea, como el uso de objetos punzo cortantes, tatuajes con instrumental no esterilizado.

a. Objetivos

- Educar en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de servicios.
- Informar sobre los riesgos y medidas preventivas en transmisión sexual y sanguínea.
- Promover el uso adecuado y consistente del condón.

b. Pasos a seguir en la consejería

- **Orientar en la identificación de conductas de riesgo:** en la evaluación debe incluirse la historia sexual previa a su ingreso y durante su permanencia en el penal. Incluir sexo no



protegido, múltiples parejas sexuales como: pareja "firme", "trampa", TS, travesti, HSH, visitas al interior del establecimiento penal. Casos de violencia física (heridas con elementos punzo cortantes), violencia sexual, tatuajes o piercing (perforaciones en la piel), uso de alcohol y drogas, y pactos de sangre. Muchas de estas conductas se ven incrementadas en los centros penitenciarios por hechos de violencia o condiciones de hacinamiento.

- **Educación en el reconocimiento de síntomas de ITS y búsqueda de servicios de salud:** se debe enfatizar en la identificación de signos y síntomas de las ITS. Informar sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento para evitar su diseminación y complicaciones. Si se diagnostica una ITS, es importante la notificación a los contactos tanto dentro como fuera del penal.
- **Reforzar la información sobre la transmisión sexual y sanguínea:** enfatizar que la práctica del sexo anal es la de mayor riesgo, analizar lo peligroso de compartir o intercambiar accesorios u objetos usados en la práctica sexual, y de uso personal (cepillos de dientes, navajas y máquinas de afeitar), recordar el riesgo que conlleva el intercambio o contacto con cualquier objeto que pueda tener fluidos o sangre de otra persona.
- **Señalar la importancia del uso adecuado y consistente del condón:** en el caso de las internas, orientar sobre el uso de barreras de protección (condón y barreras de látex) en la práctica del sexo oral, para los internos orientar sobre el uso de lubricantes (a base de agua). Proporcionar condones para las prácticas sexuales en la visita conyugal, prácticas sexuales entre los internos y en las visitas de TS.
- **Recomendar la prueba de descarte del VIH:** considerar la evaluación del riesgo, por la presencia actual o previa de ITS, o por tener TBC, realizando un seguimiento cada 3 meses. Si es positivo, trabajar la notificación a las parejas tanto al interior como fuera del penal.
- **Informar sobre los determinantes de riesgo, consumo de alcohol y drogas:** se debe enfatizar en los efectos que tiene el consumo de estas sustancias ya que inhiben el autocontrol, la voluntad y el estado de conciencia. Si existiera dependencia, orientarlo a algún programa de tratamiento y rehabilitación si estuviera disponible en el penal.



5.5.5 CONSEJERÍA EN NIÑOS(AS) Y ADOLESCENTES EN SITUACIONES ESPECIALMENTE DIFÍCILES

En este grupo se incluyen niños, niñas y adolescentes que viven y/o trabajan en la calle, aquellos que están expuestos a riesgos sociales (pandillaje) y los que viven en instituciones E. CRUZ Buitelares (albergues, centros de re socialización).

Esta población está expuesta a situaciones como al abuso y violencia sexual, explotación sexual comercial, relaciones sexuales no protegidas consentidas entre pares, niños consumidores de drogas y alcohol.

En lo posible el abordaje a esta población por ser menores de edad, incluirá la presencia de un tutor o responsable. Existen normas que señalan que el adolescente tiene derecho a una atención integral de salud, y ella incluye su salud sexual.

a. Objetivos

- Facilitar el proceso de reconocimiento del riesgo social y de salud al cuál están expuestos.
- Educar en el cuidado del cuerpo y la salud.

b. Pasos a seguir en la consejería

- **Establecer un vínculo de confianza y empatía:** el (la) consejero(a) debe mostrar interés en el niño o la niña adolescente sin importar su condición, con una actitud cálida y de aceptación, cuidando la sensibilidad y susceptibilidad de este grupo poblacional.



- **Facilitar el reconocimiento del riesgo al que está expuesto:** utilice técnicas como historias gráficas, cuentos, dibujos que expresen situaciones de riesgo en esta población, buscando que el niño y adolescente se identifique en estas situaciones.
- **Orientar en el cuidado del cuerpo y la salud:** debe explicar de manera clara y sencilla la importancia de la higiene personal, el valor del cuidado de su cuerpo y la prevención de enfermedades como la infección por el VIH. De ser necesario referirlos a servicios de salud integral.
- **Informar sobre los efectos del uso de alcohol y drogas (sobre todo inhalantes):** recordar que son determinantes de riesgo, si es necesario coordinar la incorporación en algún programa de tratamiento.

Por las características de esta población es necesario coordinar su incorporación a programas de apoyo tanto estatales como no gubernamentales. En el caso de niños y adolescentes de instituciones tutelares, se recomienda la implementación de programas educativos al interior de los mismos.

5.5.6 POBLACIÓN ITINERANTE (PI)

En esta población están considerados: los miembros de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, camioneros, comerciantes y todos aquellos que por sus actividades laborales se desplazan permanentemente de una ciudad a otra.

a. Objetivos

- Educar en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de servicios.
- Informar sobre los riesgos y medidas preventivas, enfatizando en la transmisión sexual de enfermedades.
- Promover el uso adecuado y consistente del condón.

b. Pasos a seguir en la consejería

- **Educación en el reconocimiento de síntomas de ITS:** informar sobre los síntomas y signos de las ITS tanto en hombres como en mujeres, remarcando que algunas ITS no presentan síntomas.
- **Brindar información sobre los servicios de salud:** promover la búsqueda de los servicios, para ello es necesario informar sobre la existencia de centros especializados en la detección y tratamiento de las ITS a nivel nacional.
- **Identificar y evaluar las conductas de riesgo:** informar sobre las vías de transmisión, enfatizando el riesgo que existe en las relaciones sexuales ocasionales y en el sexo comercial. Así como el incremento del riesgo a mayor número de parejas sexuales que se tenga; a partir de ello, recomendar el despistaje para VIH. (ver consejería pre test).
- **Reforzar las prácticas de sexo más seguro y el uso adecuado y consistente del condón:** será necesario trabajar las barreras para el uso del condón y la disminución del número de parejas sexuales, promoviendo la reflexión del riesgo de transmitir una ITS incluyendo el VIH a su pareja estable.



IDEAS CLAVES

- Existen mensajes educativos para cada grupo poblacional.
- El abordaje a los grupos de elevada prevalencia debe tener como base el respeto a los derechos humanos.
- El uso adecuado y consistente del condón es una medida preventiva fundamental en estas poblaciones.

5.6. CONSEJERÍA DE SOPORTE A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH O CON SIDA (PVVS) Y PREVENCIÓN POSITIVA

5.6.1 DEFINICIÓN DE CONSEJERÍA DE SOPORTE

Es aquella que se ofrece a las personas que han sido diagnosticadas con la infección por el VIH y SIDA.

a. Objetivos

• Brindar apoyo emocional, facilitando la expresión de sentimientos, la auto comprensión y la movilización de recursos personales para enfrentar la situación de vivir con el VIH o el SIDA.

• Ofrecer pautas de autocuidado, reforzando los mensajes educativos que favorezcan el conocimiento y faciliten los procesos de toma de decisiones con respecto a la salud integral, que incluya la salud sexual y reproductiva.

• Contribuir a lograr la adherencia al tratamiento antirretroviral, para mejorar la calidad de vida en las PVVS.

• Motivar la incorporación a grupos de soporte emocional o grupos de autoayuda.

5.6.2 ÁREAS PROBLEMÁTICAS QUE DEBEN SER CONSIDERADAS EN LA CONSEJERÍA DE SOPORTE

Área personal:

- Falta de expectativas a futuro, desaparece el "largo plazo".
- Preocupación por síntomas físicos e imagen corporal.
- Limitaciones físicas y emocionales.
- Asunción de auto cuidado: aseo, nutrición, horarios, etc.
- Presencia de la idea de "MUERTE".
- Sentimientos de culpa por la infección de la pareja y /o hijos(as).
- Falta de proyectos en la vida.

Área familiar:

- Dudas para comunicar su diagnóstico (miedo al rechazo, culpa por el dolor que va a producir, entre otros).
- Familia no informada adecuadamente.
- Pacto de silencio "se sabe pero no se habla". No ayudará a la PVVS mantener en secreto su diagnóstico. Disimular y/o mentir puede resultar muy doloroso y agobiante, sobre todo, hace perder oportunidades para ser ayudado(a) y comprendido(a).

Área de la sexualidad:

- Anulación / auto anulación de la vida sexual.
- Miedo a transmitir el VIH.
- Decir o no su situación a la pareja sexual o a las nuevas relaciones.
- Dificultad para aceptar la necesidad de protegerse, sin que ello limite su legítima búsqueda de placer.
- Dificultad en plantear y negociar el "sexo más seguro".
- Riesgo de re-infección y prevención de otras ITS.
- Uso adecuado y consistente del condón.

Área de la relación de pareja:

- Anulación/auto anulación en la búsqueda de pareja.
- Dificultad para la toma de decisiones con respecto a la paternidad o maternidad, asociado a sentimientos de pérdida o limitación a la hora de tener descendencia, necesidad de orientación sobre planificación familiar y anticoncepción, partiendo de la decisión del (la) consultante.
- Miedo al abandono o ruptura de la relación.
- Sentimientos de culpa "ser una carga" de la pareja.
- Dificultad para aceptar y respetar las decisiones y temores de la pareja.
- Necesidad de información sobre las medidas de prevención, tanto si ambos son PVVS o si es una pareja serodiscordante (sólo uno vive con VIH).



Área interpersonal y entorno social:

- Pérdida y/o alejamiento de amigos(as).
- Comunicar o no el diagnóstico y a quién.
- Autolimitación y/ o reducción del entorno social, por temor a ser rechazado(a) si se conociera su diagnóstico.

Área laboral:

- Miedo al rechazo y al despido.
- Ansiedad provocada por la necesidad de trabajar o continuar trabajando y no poder, por la pérdida de la capacidad física y psíquica, por las hospitalizaciones continuas cuando se desarrolla el SIDA, o tener que ausentarse del trabajo por los controles médicos.
- Sentimiento de inutilidad y dependencia.
- Pérdida del prestigio social, recursos económicos y autonomía.

Área médica:

- Necesidad de consultas periódicas.
- Hospitalizaciones cuando se requieran.
- Necesidad de un régimen de medicamentos – ADHERENCIA y tratamientos profilácticos (TBC y Pneumocistis Carini).
- Sentimiento de vulnerabilidad ante el personal médico ("conejiillo de indias")

5.6.3 PAUTAS DE AUTO-CUIDADO

El autocuidado es la actitud y capacidad para informarse, tomar decisiones que favorezcan nuestra salud y actuar en concordancia. Para ello es importante quererle a sí mismo e informarse permanentemente. La PVVS debe comprometerse y hacerse cargo de su propia salud y cuidado, siendo indispensable la aceptación de su diagnóstico.

a. Recomendaciones de autocuidado para PVVS: estas pautas son las mismas que todas las personas, sean o no PVVS, debemos seguir.

Entre estas tenemos:



Higiene personal: incluye la higiene corporal en mujeres con VIH. Como en todas las mujeres, se recomienda no hacerse lavados intra vaginales, ellos deben ser externos, no usar sustancias que disminuyan la flora normal de la vagina, lavarse la boca y dientes para prevenir infecciones orales y problemas dentales, no compartir los cepillos dentales.

- **Lavado de manos:** después del uso de los servicios higiénicos, y antes de la manipulación y preparación de alimentos para evitar infecciones.
- **Higiene del hogar y la habitación:** debe ser ventilada, permitiendo el ingreso de luz natural; es importante organizar la casa para evitar accidentes.
- **Descanso, ejercicios recreativos y de relajación:** recomendar una rutina de ejercicios físicos y aprender técnicas para manejar el estrés.
- **Evitar el contacto con animales:** existen algunos animales como los gatos y aves que pueden transmitir algunos hongos o bacterias.
- **Alimentación saludable y balanceada:** se debe evitar la ingesta de comidas crudas y preparadas fuera de casa. Recordar la importancia del lavado de manos antes y después de ingerir alimentos.
- **Evitar el uso de drogas o alcohol:** ello puede afectar el organismo, y ser un determinante de riesgo que puede llevar a tener conductas sexuales de riesgo.
- **Prevenir otras infecciones:** evitar entrar en contacto con personas que tienen enfermedades infecto-contagiosas como la TBC, hepatitis y otras.

5.6.4 PREVENCIÓN POSITIVA

El (la) consejero(a) debe tener en cuenta que los avances en el cuidado y tratamiento de las PVVS están ayudando a prolongar la vida y a mejorar su estado de salud; esto significa para ellos que "renace" el interés sexual. El hecho de que existe mayor cantidad de PVVS sexualmente activas y que no asumen conductas de sexo seguro y protegido crea la posibilidad de nuevas infecciones y preinfecciones.

La prevención positiva está orientada a que las PVVS se protejan a sí mismas de una ITS y de una reinfección con nuevas cepas del virus (para las que aún no existe tratamiento) y promover su responsabilidad de no transmitir el virus y de contribuir activamente a detener la epidemia.

a. Objetivos

- Reducir comportamientos de riesgo en la vida sexual de las PVVS, para minimizar la reinfección y diseminación de la infección.
- Desarrollar destrezas y estrategias que permitan que las PVVS adopten conductas nuevas, saludables, placenteras y protegidas.

b. Pasos en la prevención positiva

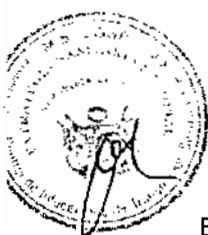
- **Evaluar y trabajar las barreras para cambios de comportamientos sexuales y uso adecuado y consistente del condón:** las PVVS pueden tener algunas ideas erróneas.

IDEAS ERRÓNEAS

- "Mi pareja es también VIH positiva, no me pide ni me sugiere el uso del condón".
- "Si mi pareja lo sabe y no quiere usar condón, no es asunto mío".
- "Mi pareja y yo vivimos con el VIH, nada más nos puede suceder".
- "Si me cuido, se va a dar cuenta que tengo VIH".
- "Le va a parecer extraño que empiece a usar condón".
- "No le gusta el condón, dice que se siente menos placer".
- "A veces no tenemos condón".
- "En ocasiones no hay tiempo para ponérselo".
- "Si yo tengo el VIH, por qué no pueden tenerlo otras personas también".
- "Mi pareja no cree que tengo VIH, no se me nota".
- "Si la carga viral es indetectable, no le paso el virus".
- "Si no eyaculo, no hay problema".

Estas ideas interfieren en la prevención positiva e incrementan el riesgo de reinfección. Es importante trabajar estas ideas enfatizando en la responsabilidad, el derecho de la pareja y el cuidado de su salud.

- **Incluir información sobre el diagnóstico y tratamiento de otras infecciones:** como las ITS, hepatitis y TBC, servicios de referencia, programas para el tratamiento del uso de drogas, planificación familiar y servicios de salud mental. Las parejas, hijos y familiares de las PVVS deben recibir apoyo y educación.



- **Enfatizar mensajes como:** las PVVS tienen el derecho a una vida sexual activa, pero si practican sexo penetrativo deben usar siempre un condón. Realizar sexo oral violento, prolongado y repetitivo puede lastimar la boca permitiendo el ingreso del VIH; si se vive con VIH o con SIDA y tiene alguna ITS, se eleva los niveles de carga viral; el beso negro (lamer el ano) puede transmitir hepatitis y esta enfermedad es muy peligrosa para las PVVS.
- El condón debe usarse en todo momento, aún si las dos personas tienen VIH. Se ha descrito que PVVS pueden reinfectarse con cepas diferentes de VIH o cepas resistentes, lo cual puede acelerar la progresión de la enfermedad.
- **Brindar consejería a parejas serodiscordantes:** ello es altamente eficaz, facilita la comunicación y brinda apoyo a ambos (VIH - o VIH+) tanto en las relaciones heterosexuales, como en las homosexuales.
- **Promover el uso y proveer de condones:** es necesario trabajar las barreras para el uso del condón, motivando su uso consistente y adecuado.
- **Ofrecer estrategias para la negociación del sexo más seguro y protegido.** (Ver capítulo V).
- **Promover sesiones de consejería en parejas:** para permitir tomar acuerdos y decisiones sobre el cuidado de su salud y la prevención positiva.

5.6.5 CONSEJERÍA EN TARGA

TARGA es el tratamiento antirretroviral de gran actividad, y si se decide que el paciente inicie este tratamiento, es imprescindible que en el momento de la prescripción y la dispensación de los fármacos se ofrezca una información detallada, soporte emocional y accesibilidad en todos los aspectos relacionados con el tratamiento.

La consejería en TARGA busca la adherencia al tratamiento, lo cual implica, además del cumplimiento del tratamiento, una actitud del (la) consultante que refleje su compromiso con respecto a la medicación prescrita, con una participación activa en el mantenimiento del régimen terapéutico (Anexos N° 6,10, 12 y 13).



a. Temas a tratar en la consejería en TARGA

- **Informar sobre el TARGA:** brindar contenidos sencillos, explicaciones claras y precisas, que sean de fácil comprensión para el paciente. Analizar el costo/ beneficio de iniciar y continuar la terapia.

El (la) consejero(a) deberá estar actualizado respecto a las terapias, combinaciones, formas de administración y efectos adversos. Preparado para despejar las dudas del (la) consultante, sin embargo, es necesario motivarlo para que busque esta información con su médico tratante.

- **Identificar conductas o limitaciones personales que se presenten para la adherencia al TARGA:** el (la) consejero(a) deberá identificar cualquier manifestación de tipo conductual o emocional que dificulte el proceso de adherencia, y evaluar la posibilidad de trabajarlo en la consejería o referirlo al especialista.

- **Informar sobre la resistencia al tratamiento antirretroviral:** enfatizar que ello puede deberse a la falta de adherencia y/o por reinfección (sexo sin condón con otra persona con VIH), además de otras razones, tales como: la replicación y mutación del virus y la disminución de la acción terapéutica porque el virus aprende a reconocer y defenderse de las drogas.

- **Facilitar el proceso de la adherencia:** antes de iniciar el TARGA, se pueden utilizar simulacros de toma de medicamentos en el domicilio y realizar un monitoreo detallado del cumplimiento.

Cuando empieza el tratamiento, se recomienda:

- ❖ Tomar los medicamentos a la misma hora, todos los días, según la prescripción médica.

DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

- ❖ Usar despertadores o alarmas que recuerde tomar los medicamentos.
- ❖ Hacer una lista de los nombres de los medicamentos que se deben tomar todos los días e ir marcando cada uno a medida que se tome.
- ❖ Hacer un recuento de los medicamentos que se tiene.
- ❖ Recomendar el uso de otros envases o pastilleros, frente al temor del (la) consultante de ser identificado a través de los medicamentos que usa.

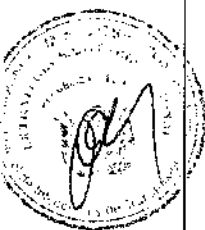
• **Ofrecer soporte emocional:** tanto al inicio como durante el tratamiento se presentan una serie de temores, preocupaciones y miedos, muchos de ellos generados por las creencias, mitos y por los efectos colaterales y secundarios, lo que puede interferir en la adherencia. Para ello el (la) consejero(a) debe informar, aclarar dudas y motivar al (la) consultante a expresar sus emociones y sentimientos.

Es necesario facilitar la adaptación a las situaciones cambiantes respecto a su salud y fomentar actitudes positivas.

• **Facilitar la identificación del agente de soporte personal:** iniciar esta identificación dentro del grupo familiar; si ello no es posible, buscarlo en los actores de la comunidad y su red social. Estos agentes deberán ser evaluados, seleccionados y capacitados porque apoyarán en el cumplimiento del tratamiento antirretroviral y en el cuidado integral, así como en la identificación de comportamientos y manifestaciones emocionales que puedan interferir con el proceso de adherencia. (Ver anexo Norma Técnica para la Adherencia – MINSA). El papel de la familia y/o red social en este proceso es muy importante y está demostrado el beneficio de su participación en la adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES IMPORTANTES

- Asegurarse que el (la) consultante ha entendido bien las pautas de la medicación: frecuencia, dosis, almacenamiento y cómo transportarlos.
- Indicar las formas en que se deben ingerir los medicamentos, por ejemplo, con comidas, en ayunas, ingesta de líquidos, etc.
- Sugerir la posibilidad de contar con ayuda, para cumplir con la toma de medicamentos.
- Reconocer que mantener un tratamiento como este, no es tarea fácil para nadie.
- Evitar el consumo de alcohol u otras drogas.
- No tomar otros medicamentos sin prescripción de su médico, algunos no deben combinarse con los antirretrovirales.
- En las mujeres es recomendable solicitar información sobre el tipo de anticonceptivo que puede usar. Algunos pierden su efectividad por efecto de los antirretrovirales (sin embargo, debe recomendarse la doble protección: anticonceptivo y condón).
- Señalar que no se debe suspender el tratamiento aunque los resultados de carga viral sean indetectables o el CD 4 esté en límites normales, o no existan síntomas, ello puede llevar a la resistencia y al fracaso terapéutico, que implica que la carga viral aumente y el CD4 disminuya, generando el riesgo de infecciones oportunistas.
- Garantizar que el (la) consultante ha entendido la importancia de NO suspender el tratamiento por cuenta propia. Ante la presencia de un efecto colateral consultar con su médico.



5.6.6 PROCESO DE MUERTE

En la comunicación con el paciente en situación terminal, el (la) consejero(a) debe llevar a cabo una actividad altamente personalizada, singular para cada paciente, de acuerdo con su condición y sus propias características. Un aspecto de importancia capital es que el propio paciente actúa como regulador de la cantidad de información que desea recibir. Cuándo y cómo hacerlo, constituyen elementos de una práctica en la que no puede darse pautas y en la cual no sólo el lenguaje verbal forma parte de la comunicación.

Manifestar la verdad supone el compromiso previo de ayudar a asimilarla, de compartir las preocupaciones que surgen, de acompañar en la soledad interior de esos difíciles momentos. Esto implica prudencia, tacto y discreción para detectar el modo, las circunstancias y el momento más adecuado y oportuno.

Mucho se está utilizando en nuestros días las palabras "muerte digna". En las reflexiones sobre el enfermo en situación terminal se utilizan sencillamente las expresiones "good death" y también "on dying well"; otros prefieren hablar de morir humanamente, morir con valores humanos ("human worth"). Quizá el concepto más adecuado sería el de morir sintiéndose persona.

La expresión "morir con dignidad" implica ciertamente que hay maneras más o menos dignas de morir. Si las peticiones en favor de una muerte digna están aumentando es porque cada vez hay más gente que ve cómo otros mueren de un modo menos digno, y temen que les ocurra lo mismo a ellos o a sus seres queridos.

Para afrontar la muerte con dignidad, se señalan los siguientes puntos:

1. **Lo primero es saber que se está muriendo:** de este modo la persona procurará resolver sus asuntos, tomar sus disposiciones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse.
2. **Es necesario que el enfermo pueda seguir siendo, en cierto modo, agente, y no mero paciente:** por ello debe intervenir en la toma de decisiones sobre su enfermedad o sobre su persona. Debe recibir verdadera información acerca de las decisiones y procedimientos que le afecten a él y a su bienestar y debe consentirlos antes de que se lleven a cabo.
3. **Hay que preservar en la medida de lo posible la autonomía y autocontrol del paciente:** la sensación de menor dignidad resulta de la excesiva dependencia y la pérdida de control de las funciones orgánicas.
4. **Deberá mantener en la medida de lo posible ciertas actividades y relaciones familiares, sociales y profesionales:** sentirse persona implica ser capaz de relacionarse. Si el enfermo nota que es dejado de lado, que se evitan sus preguntas, que no es tocado al saludarle, etc., notará que pierde dignidad, que no se siente persona.
5. **Se debe proteger la pérdida de la imagen corporal:** hay que evitar que se sienta desfigurado o depauperado.
6. **El sentirse persona es a menudo mantenido por consideraciones trascendentes:** se le debe facilitar el apoyo espiritual si lo desea.

"Morir con dignidad" se asocia a morir rodeado del cariño y apoyo de los seres queridos, evitar en lo posible los dolores y sufrimientos, sin manipulaciones médicas innecesarias, aceptando la muerte, con serenidad, con la asistencia médica precisa y el apoyo espiritual si se desea, según las propias creencias.



5.6.7 ALGUNAS CONSIDERACIONES EN EL ABORDAJE A GRUPOS ESPECÍFICOS

En la consejería de soporte en PVVS es necesario considerar algunas especificaciones según los diferentes grupos poblacionales, así tenemos:

5.6.7.1 ADOLESCENTES VIVIENDO CON VIH O CON SIDA

Los adolescentes tienen derecho a ser informados sobre su diagnóstico, ya que el silencio genera ansiedad, angustia, temores y fantasías que son más dañinas que su conocimiento. Los adolescentes pueden ser informados por los padres, quienes deben estar muy claros y seguros de haber evaluado con ayuda del (la) consejero(a), las circunstancias y consideraciones de informar a su hijo sobre el VIH y el SIDA.

Algunos obstáculos que dificultan la decisión de los padres para informar del diagnóstico están referidos al:

- Impacto negativo en el deseo de vivir del adolescente.
- Sentimientos de culpa de los padres por la forma cómo se infectaron.
- Miedo a la discriminación y rechazo.
- Dificultad del adolescente para guardar el secreto.
- Negación de los padres frente a la enfermedad o dificultad para enfrentarla.

El (la) consejero(a) brindará ayuda a los padres en este proceso ayudándolos en:

- Identificar preocupaciones, necesidades y fortalezas del (la) adolescente.
- Los riesgos de rechazo o discriminación en el colegio o entorno social (evaluar juntos una red de soporte social).
- Brindar soporte familiar.
- Orientar de ser necesario en el colegio.
- Servicios médicos y de salud mental.



5.6.7.2 Mujeres viviendo con VIH o con SIDA

Abordar a Mujeres viviendo con VIH y SIDA (MVVS) plantea situaciones difíciles, por ejemplo:

- El diagnóstico es muchas veces descubierto por accidente.
- La seropositividad de la pareja o algunos de sus hijos(as).
- En algunos casos descubrir infidelidad y "doble vida" de la pareja.
- Los cuestionamientos sobre la propia vida sexual, su capacidad para negociar prácticas sexuales seguras con su pareja y la violencia contra la mujer.
- Sentimientos de ser "menos mujer" y dejar de disfrutar de una relación de pareja, anulando la vida sexual.
- La decisión de la maternidad o embarazo y la probable infección de los hijos. El embarazo puede ser deseado, no deseado, inoportuno (inicialmente deseado, pero luego es rechazado ante la situación).
- El futuro de los hijos seronegativos en función a la supervivencia de los padres.

El (la) consejero(a) deberá considerar los siguientes aspectos:

- Si fuera soltera, indagar acerca de sus vínculos o planes de pareja, matrimonio y familia.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

- La indagación sobre la posibilidad de un embarazo en la actualidad (coordinar con la referencia y asistencia del servicio de Planificación Familiar).
- La información sobre la relación entre embarazo e infección por VIH y sus implicancias.
- Doble protección; uso de condón y método anticonceptivo.
- La orientación oportuna sobre temores y creencias, respecto de transmitir el VIH en la relación diaria con los hijos o familiares.
- Posibles problemas ginecológicos (alteraciones en el ciclo menstrual, infecciones vaginales, herpes genital, cáncer de cuello uterino), recomendar exámenes ginecológicos que incluya exámenes de Papanicolaou y otros cada seis (06) meses.
- Cambios corporales a consecuencia de las infecciones o enfermedades que pueden adquirir o por los tratamientos antirretrovirales (lipodistrofia: mala distribución de las grasas, que ocasiona adelgazamiento de cara y extremidades que afecta la imagen corporal y la autoestima).
- Importancia de la asistencia al servicio de salud, control y seguimiento médico, cumplimiento de tratamiento.

Una de las tareas más delicadas que puede enfrentar un(a) consejero(a) es la de orientar a las mujeres que tienen la infección del VIH a decidir si deben o no tener hijos.

A continuación, se presenta parte de la información que deberá manejar un(a) consejero(a) con el fin de orientar a sus consultantes a formular una decisión razonada e informada acerca de la procreación:

- La MVVS tiene derecho a decidir el tener o no hijos(as), previa información. Así como, al libre acceso a métodos de Planificación Familiar y al derecho a vivir una vida sexual plena, satisfactoria y libre de riesgo de reinfección.
- Que existe la posibilidad de transmitir el virus a su compañero (si el fuera seronegativo); asimismo, ella se expone a una posible reinfección (si su pareja vive con VIH) durante el acto sexual si no usa el condón.
- Posibilidad de transmitir el VIH a su bebé durante el embarazo, parto y lactancia.
- Los niños(as) nacidos(as) de madre con infección del VIH o el SIDA pueden perder a su madre a una edad temprana y quedar al cuidado de otros.
- De la posibilidad de acceso al tratamiento antirretroviral para la prevención de Transmisión Vertical.

Los (las) consejeros(as) deben proporcionar esta información a las mujeres y a sus parejas que estén considerando la posibilidad de tener hijos. Como consejero(a) debe respetar los valores y decisiones de sus consultantes.

Algunas de las preguntas que pueden formularse para orientar a las consultantes en este proceso de decisión son:

- *¿Cuáles son sus razones para desear tener un hijo?*
- *Si solamente uno de los dos es seropositivo, ¿están dispuestos a correr el riesgo? ¿están dispuestos a correr el riesgo de adquirir el virus por querer tener un hijo?*
- *¿Esta la pareja preparada para aceptar la posibilidad de que su bebé nazca con la infección del VIH?*

Como consejero(a) debe estar preparado(a) para aceptar el hecho de que aún cuando las personas están conscientes de estos riesgos, pueden optar por tener hijos. De ser así



debe brindar el apoyo necesario para que las personas reciban una atención integral del sistema de salud.

"Respete, siempre, las decisiones de sus consultantes"

5.6.7.3 GESTANTES QUE VIVEN CON VIH O CON SIDA

El (la) consejero(a) debe considerar que la gestante viviendo con VIH requiere mayor apoyo del servicio de consejería, y que si en este proceso hay participación de la pareja, el beneficio es mayor.

Las gestantes con VIH pueden sentirse culpables, avergonzadas, sentir miedo a la reacción (incluso violenta) de la pareja; frente a lo cual el (la) consejero(a) deberá brindar seguridad y confianza para orientar en la solución del problema, disipar ideas erróneas y trabajar habilidades para negociar la resolución del problema con su pareja.

El (la) consejero(a) debe:

- Explicar las formas de transmisión del VIH de madre-niño(a)
- Informar sobre la posibilidad de disminuir el riesgo de infección al niño(a), mediante la administración de terapia antirretroviral que el Ministerio de Salud administra en forma gratuita (logrando disminuir el riesgo de un 30% a menos del 2%). Así como de otras medidas preventivas: cesárea electiva, tratamiento profiláctico al bebé y suspensión de la lactancia materna. ***Es necesario recordar que la relación afectiva con el o la bebé es muy importante. El suspender la lactancia materna no impide establecerla ni desarrollarla.***
- Enfatizar la importancia de la adherencia al tratamiento profiláctico durante la gestación y para el recién nacido.
- Informar sobre el proceso de transmisión de anticuerpos maternos al recién nacido, y la necesidad de esperar que el niño(a) tenga 18 meses de nacido para saber su estatus respecto al VIH.
- Promover conductas de auto cuidado y de búsqueda de servicios de salud; importancia de la atención Prenatal.
- Señalar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de otras ITS.
- Orientar la culminación del parto.
- Orientar en el cuidado del recién nacido: aún cuando no se confirme si es positivo deberá alimentarlo con leche maternizada (artificial) desde que nace. Tener medidas de higiene y buena preparación de los alimentos, evitando alimentos crudos. Es necesario que el o la bebé pase a consulta médica antes de ser vacunado, existen vacunas que no son recomendadas cuando el (la) niño(a) presenta compromiso inmunológico, por ello es importante controles médicos mensuales, salvo presente alguna complicación.
- Brindar orientación y apoyo cuando se confirma que el o la bebé es VIH positivo, esto incluye: consultas médicas para detectar enfermedades y tratarlas oportunamente, evaluación integral con diferentes especialidades, evaluación de las defensas (CD4) y carga viral, según los resultados se decidirá o no la necesidad de un tratamiento antirretroviral. Estar atentos a síntomas y signos de alarma (fiebres, vómitos y diarreas, dificultades respiratorias, desarrollo psicomotor inadecuado) que pudiera presentar el o la bebé y reportarlos inmediatamente al médico tratante.



5.6.7.4 NIÑOS Y NIÑAS VIVIENDO CON VIH O CON SIDA

La gran mayoría de los (las) niños(as) que viven con VIH y SIDA son hijos de una madre VIH positiva. Son pocos los que se infectaron a través de una transfusión de sangre o por haber sido objeto de abuso sexual. Pero no hay que desconocer esta realidad, producto de situaciones de extrema pobreza, comercio sexual, abuso y violencia sexual, o de uso de drogas, entre otras.

La infección de VIH en los (las) niños(as) suele desarrollarse más rápidamente hacia el SIDA y a la muerte, que en el caso de los adultos. El sistema inmunológico de los (las) niños(as) todavía está en desarrollo, por lo que tienen una respuesta diferente a la infección y a los tratamientos antirretrovirales.

El (la) consejero(a) debe recordar que:

- Lo ideal es que los padres revelen al niño(a) su condición.
- Considere que luego de compartir la información con el (la) niño(a) habrá que esperar que esté dispuesto a hablar sobre el tema; es decir, esperar a que esté listo para hacer preguntas y hablar de lo que siente.
- Los(las) niños(as) alrededor de los cinco (05) años están en capacidad de entender que algo les pasa y ello está asociado con las visitas continuas al médico y a los hospitales, a los exámenes de sangre y a la ingesta de medicamentos en forma rutinaria.
- Usualmente se recomienda dar explicaciones simples y cortas.
- Sea honesto: si no conoce alguna respuesta, no le mienta, pues puede darse cuenta y puede preguntar a otra persona. Esto hará que pierda su confianza.
- Sea positivo: los (las) niños(as) reconocen la esperanza, es importante que sepan que tener el VIH no significa que necesariamente van a enfermar y morir.
- Sea simple: lo simple es más fácil de comprender y, generalmente, los (las) niños(as) pequeños(as) se satisfacen con respuestas simples hasta que tengan la edad para comprender más.
- No es necesario decir todo de una vez, tome en cuenta los aspectos intelectuales, emocionales del niño(a) y la edad del mismo.
- Genere un ambiente adecuado para expresarse: no sólo con palabras, sino abrazándolo y acariciándolo.
- Refuerce el hecho que siempre habrá alguien a quien pueda recurrir para buscar ayuda, apoyo y compañía.
- Déle la oportunidad, siempre, de hablar sobre lo que desea y cuantas veces quiera.



RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES Y MADRES

- Un(a) niño(a) viviendo con VIH y SIDA no representa riesgo alguno para otros niños(as), ya que el virus no se transmite por contacto social y cotidiano.
- El (la) niño(a), en lo posible, debe llevar una vida normal.
- Protéjalo de las infecciones: lávese las manos antes de preparar comidas y luego de usar el baño.
- Si el (la) niño(a) se corta, lave la herida con jabón y use una crema antibiótica. Si es profunda, consulte al médico.
- Mantenga la casa limpia: desinfecte áreas de uso común como el baño y la cocina.
- Enséñele al (la) niño(a) a lavarse las manos y evitar entrar en contacto con heces de animales.
- Mantenga la higiene oral del (la) niño(a), revise su boca, cepille sus dientes por lo menos dos veces al día.
- Que duerma lo suficiente, que haga ejercicios adecuados
- Siga las recomendaciones sobre la alimentación, sobre todo cuando está enfermo.
- Si requiere hospitalización es importante no dejarlo solo.
- Observe cualquier cambio en el estado de su salud y conducta para informar de inmediato al médico.



El (la) niño(a) con VIH y la escuela

- Los(as) niños(as) que viven con VIH - excepto por prescripción médica - pueden y deben acudir al colegio.
- La confidencialidad debe estar asegurada. El colegio debe ser informado con el consentimiento de padres o tutores.
- Si los maestros de la escuela están al tanto de la situación del (la) niño(a), el (la) consejero(a) podrá discutir libremente con ellos, de los problemas que pueden presentarse (cortes, peleas, mordidas). Es importante informar sobre las formas de transmisión y no transmisión, así como del manejo de tales situaciones.
- Es importante señalar que un(a) niño(a) que vive con VIH, debido a su estado inmunológico, está más expuesto que el resto de los (las) niños(as) a adquirir cualquier otra enfermedad y, por lo tanto, si existe riesgo en la escuela de alguna enfermedad infantil eruptiva, se preferirá que el (la) niño(a) permanezca en casa transitoriamente.
- Si el diagnóstico de seropositividad fuera de conocimiento de los padres de familia, deberán, también, recibir información y orientación, a fin de evitar temores infundados y discriminación hacia el (la) niño(a).

5.6.7.5 Familia de la Persona Viviendo con VIH o con SIDA

La familia (padres, hermanos, pareja, amigos y otros) pasan por un proceso de aceptación y adaptación del diagnóstico al igual que la PVVS. Esto sucede porque



**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

cambian las expectativas familiares o de pareja, ante la posibilidad de la pérdida del ser querido y/o por descubrir una vida secreta del familiar.

Es importante tener en cuenta que el concepto de FAMILIA en la problemática del VIH es flexible, pues se extiende más allá de la familia nuclear, sin importar la relación consanguínea.

La familia es la principal fuente de atención y apoyo para las PVVS, la consejería cumple un papel fundamental. Es necesario adoptar una actitud totalmente neutra, tratando de no hacer alianzas con ningún miembro de la familia.

El (la) consejero(a) debe:

- Evaluar la información y necesidades que trae la familia.
- Brindar información sobre el VIH/SIDA. Evaluar el impacto emocional de la infección en la familia y en sus expectativas y proyectos.
- Facilitar la expresión de los sentimientos, temores, prejuicios y conductas que pueden estar afectando la relación entre los miembros de la familia, el (la) Consejero(a) debe considerar estos sentimientos como esperados o frecuentes ya que liberan la culpa y la ansiedad).
- Trabajar sobre las conductas que pueden estar afectando las relaciones familiares (especialmente las derivadas de sentimientos de culpa). Evitar situaciones donde el paciente busque ganancias secundarias manipulando a la familia, utilizando la enfermedad para conseguir prerrogativas o ventajas.
- Orientar a la familia para apoyar el proceso de la adherencia del tratamiento de la PVVS.
- Preparar a la familia para los diferentes momentos y etapas, incluyendo el proceso de muerte, ya que ello podría generar cambios en la estructura y dinámica familiar. Es importante que expresen sus temores y angustias reprimidas.



TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS

En el caso de niños(as), la adherencia es un gran desafío, tanto el (la) niño(a) como los padres requieren de apoyo constante. Usualmente, uno de los padres o ambos son PVVS, lo cual implica que tienen sus propias dificultades, pero también manejan información. Algunas medicinas para niños(as) están disponibles en polvo o líquido, lo que facilita la ingesta. Algunos comprimidos pueden ser molidos y así agregarse o mezclarse con alimentos o líquidos.

Tomar los medicamentos a la misma hora, todos los días, según la prescripción médica, puede convertirse en un problema debido al horario del colegio, las formas en que tiene que tomarlos, o porque los padres están trabajando, o están fuera de casa. Será fundamental en estos casos contar con agentes de soporte que puedan apoyar el cumplimiento del tratamiento. Se recomienda no forzarlo(a) a ingerir los medicamentos, o utilizar para la ingesta medios invasivos.



IDEAS CLAVES

- La consejería de soporte permite mejorar la calidad de vida de las PVVS y facilita el proceso de aceptación de la infección.
- La prevención positiva evita adquirir una ITS, la reinfección y diseminación de la infección por el VIH.
- La consejería en PVVS es flexible y debe adecuarse para cada grupo poblacional.
- El mejor lugar para atender a una persona con SIDA es el hogar. El amor y el apoyo pueden mejorar su calidad de vida, haciendo que valga la pena vivirla.



VI. ANEXOS

- | | |
|-------------------|--|
| 6.1. ANEXO N° 1 | Sexualidad |
| 6.2. ANEXO N° 2 | Infecciones de transmisión sexual (ITS) |
| 6.3. ANEXO N° 3 | SIDA |
| 6.4. ANEXO N° 4 | Artículos legales relacionados a la Consejería:
Ley No. 26626 - CONTRASIDA y su reglamento
Ley No. 28243 – Ampliación y modificación de la Ley 26626 –
25 de mayo de 2004 |
| 6.5. ANEXO N° 5 | Relación de normas técnicas |
| 6.6. ANEXO N° 6 | Fluxogramas de consejería |
| 6.7. ANEXO N° 7 | Consejería Post test: Resultado positivo |
| 6.8. ANEXO N° 8 | Consejería Post test: Resultado indeterminado |
| 6.9. ANEXO N° 9 | Consejería de adherencia para el TARGA |
| 6.10. ANEXO N° 10 | Modelo de consentimiento para la prueba de despistaje del VIH |
| 6.11. ANEXO N° 11 | TARGA |
| 6.12. ANEXO N° 12 | Esquema del TARGA a utilizar por MINSA – Perú |



ANEXO Nº 1

SEXUALIDAD

1. Definición

Se define la sexualidad humana como una forma de expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que tenemos como seres humanos, en relación con los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que nos hacen ser hombres y mujeres.

La sexualidad es entonces un término amplio, que abarca no solo lo que somos físicamente, sino lo que sentimos y hacemos de acuerdo al sexo con el cual nacemos, seamos mujeres u hombres. La sexualidad es inherente al desarrollo del ser humano y está influenciada por la sociedad en la que crecemos y nos desarrollamos. Cada cultura establece patrones de conducta (roles) que son asignados tanto a la mujer como al hombre, en lo que se refiere al comportamiento sexual. Estos patrones moldean muchas de nuestras actitudes, valores y conductas.

Aún cuando actualmente existe una mayor apertura frente a la expresión de la sexualidad, es claro que la actividad sexual se encuentra todavía enmarcada en un contexto de clandestinidad, poniendo en evidencia la ambigüedad cultural y los discursos contradictorios que la moldean. _

2. Salud Sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS; 1975) la define como: "la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor", considerando que se requieren de tres componentes básicos para conseguirla. Estos son:

- La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva equilibrando una ética personal y social.
- El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenza, culpas o mitos.
- El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la limiten.



La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales.

El Ministerio de Salud considera que la Salud Sexual es la capacidad de disfrutar, expresar la sexualidad y de hacerlo sin riesgos de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y/o discriminación.

3. Prácticas sexuales.

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual, presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

3.1 Variantes o expresiones del comportamiento sexual:

• Autoerotismo

Es la obtención de placer sexual a partir de la propia persona, empleando para ello estímulos visuales (fotos, videos); cognitivos (fantasías, ideas); auditivos (música, sonidos); táctiles (caricias, roce de ciertos objetos).



- **Masturbación**

Es la forma más frecuente de autoerotismo, en la cual a partir de uno o varios estímulos la persona manipula sus genitales u otras partes de su cuerpo, pudiendo llegar al orgasmo. Es una actividad normal que se presenta a lo largo de la vida, independientemente del sexo, edad y estado civil de la persona.

- **Prácticas sexuales no penetrativas**

Son formas de expresión sexual que varían, desde besos, masajes eróticos, frotación cuerpo a cuerpo, caricias en diferentes partes del cuerpo, sexo interfemoral (colocar el pene entre los muslos y frotarlo) hasta la estimulación manual de genitales.

- **Prácticas sexuales penetrativas**

Aquellas que incluyen la penetración como un elemento importante. Las prácticas sexuales penetrativas más frecuentes, son:

- Coito vaginal o introducción del pene en la vagina.
- Coito anal o introducción del pene en el ano.
- Sexo buco-genital (oral), excitación de los genitales externos con la boca-lengua. Estos pueden ser: Cunnilinguis, es usar la lengua o la boca en juego erótico con los genitales externos femeninos; Fellatio, es estimular el pene con la boca.

3.2 Prácticas sexuales, vulnerabilidad y riesgo

Existen situaciones asociadas a las prácticas sexuales que incrementan el riesgo de adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, entre ellas:

- Lesiones en las mucosas (rectales, vaginales u orales): son daños ocasionados por desgarramientos de tejido (visibles o no); ulceraciones, por lesiones o manifestaciones de las ITS; traumatismos por el uso de objetos sexuales, falta de lubricación o por el uso de sustancias que afectan la mucosa (aceites, vaselinas).
- Contacto con secreciones (semen, líquido pre seminal, menstruación y fluidos vaginales) durante el intercambio sexual.
- El uso de productos para la higiene genital, antes y después del contacto sexual, puede afectar la flora vaginal ocasionando cambios en el pH normal.
- Uso de sustancias psicoactivas (alcohol u otras drogas), consideradas como determinantes de riesgo, que exponen a conductas de desprotección, a riesgos de violencia sexual o al intercambio de sexo por estas sustancias.



ANEXO Nº 2

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

1. Definición

Son un grupo de infecciones llamadas comúnmente enfermedades venéreas, que se transmiten de una persona infectada a otra sana por contacto sexual (vaginal, oral o anal). También pueden ocurrir por transmisión vertical (madre – hijo(a)) durante el embarazo o en el parto, si la madre tiene la infección.

Las ITS no siempre presentan síntomas, especialmente en las mujeres

El diagnóstico y el manejo de las ITS pueden efectuarse desde diferentes enfoques:

- Manejo Etiológico: el diagnóstico se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia a través de pruebas serológicas, microbiológicas y otras de apoyo diagnóstico.
- Manejo Clínico: basado en la experiencia del examinador y en la elaboración del diagnóstico en base a la historia natural de la ITS.
- Manejo Sindrómico: se basa en la identificación y tratamiento de la ITS como un síndrome, entendido este como un grupo de síntomas que aquejan a un(a) consultante y/o signos encontrados al momento de examinarlo. En el caso de las ITS, un síndrome puede ser causado por uno o más agentes etiológicos.

El Ministerio de Salud propone el manejo sindrómico como una estrategia que busca ofrecer diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos durante la primera consulta. (Ver Guía Nacional de Manejo de ITS- MINSA).

2. Síndromes y etiologías más frecuentes

Los síndromes y etiologías de ITS más frecuentes en hombres y mujeres son:

SÍNDROME	ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE
Secreción uretral (hombres)	• Clamidia • Gonorrea
Flujo vaginal anormal (mujeres)	Vaginitis: • Tricomonas • Vaginosis bacteriana • Candida
Dolor abdominal bajo (mujeres)	• Infecciones mixtas por Clamidia • Gonorrea
Úlcera genital (hombres y mujeres)	• Herpes • Sífilis • Chancroide
Bubón inguinal (hombres y mujeres)	• Linfogranuloma venéreo

Se describen, a continuación, los síndromes más frecuentes:

2.1 Secreción uretral (SU) Se presenta en los hombres y se caracteriza por la presencia de flujo, como pus o moco claro, blanquecino o amarillo-verdoso, abundante o escaso por el pene ("lágrimas del pene", "gotea el caño"), que puede estar acompañado de ardor o dolor al orinar (quemazón o candela), debido a la inflamación de la uretra (conducto por donde sale la orina).

2.2 Úlcera genital (UG) Se presenta en hombres y mujeres. Es la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes. Se presentan como llagas, heridas o ampollas, pudiendo ser dolorosas o indoloras.

2.3 Flujo vaginal anormal (FV) Secreciones que fluyen por la vagina y que pueden adoptar diferentes características en cuanto a color (blanco, amarillento o verdoso), consistencia (grumosa, líquido, mucoso), olor (mal oliente o no), puede estar acompañado o no de prurito, y en ocasiones se acompaña de dolor en las relaciones sexuales; todo esto dependerá de la causa (agente) que lo produce.

Es bueno recordar que existen flujos "normales" que no obedecen a ninguna ITS y que están asociados al ciclo menstrual, embarazo, tratamiento médico, anticonceptivos y a otras enfermedades, por ello es necesario no olvidar la evaluación de las conductas de riesgo de la consultante y su pareja.

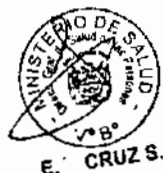
2.4 Dolor abdominal bajo (DAB) El dolor abdominal bajo puede guardar relación con diferentes entidades, entre ellas, emergencias quirúrgicas como: embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico y absceso pélvico, y enfermedad inflamatoria pélvica (EPI o EIP), etc.

Cuando se descarta el grupo de emergencias quirúrgicas como causa del dolor y este se asocia al flujo vaginal, y/o fiebre, y/o dolor a la movilización del Cuello del Útero, se constituyen en el Síndrome Abdominal Bajo y representa EPI.

La EPI es una infección de los órganos reproductivos internos que afecta a mujeres sexualmente activas y que es ocasionada por micro-organismos que ascienden desde la vagina o el cérvix hacia el endometrio, trompas de Falopio y/o estructuras contiguas. La clásica visión de la EPI es de un síndrome agudo, con dolor abdominal bajo y anexos dolorosos.

2.5 Bubón Inguinal (BI) Es el crecimiento doloroso y fluctuante de los ganglios linfáticos a nivel inguinal acompañado de cambios inflamatorios de la piel.

Es importante hacer una diferenciación entre el Síndrome de Bubón Inguinal de la Linfadenopatía Inguinal. Esta última está relacionada a infecciones en la región genital y de los miembros inferiores, puede acompañar al Síndrome de Úlcera Genital o ser manifestación por infección de VIH.



ANEXO Nº 3

SIDA

1. DEFINICIÓN:

1.1 Síndrome: Conjunto de manifestaciones, signos y síntomas que caracterizan a una enfermedad.

- **Síntoma:** es la molestia que SIENTE UNA PERSONA (por ardor al orinar, o picazón en los genitales).

- **Signo:** es el malestar físico que se VE o SE MIDE EN UNA PERSONA (heridas en los genitales que se ven, y la fiebre que se puede medir).

1.2 Inmuno: Se refiere al sistema inmunológico o de defensa de nuestro organismo.

1.3 Deficiencia: Indica que el sistema de defensa se encuentra disminuido y no funciona correctamente, ya que el VIH destruye las células que se encargan de evitar enfermedades.

1.4 Adquirida: No es hereditaria, se adquiere durante el desarrollo de nuestra vida.

El SIDA se describió por primera vez en los años 80 y aún no se ha descubierto cura ni vacuna efectiva, es producido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

2. EL VIH SON LAS INICIALES DE: VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

2.1 Definición:

VIRUS: Son seres vivos muy pequeños (microorganismos) que para poder observarlos se debe usar microscopios especiales y que para poder sobrevivir necesitan invadir a otro organismo.

INMUNODEFICIENCIA: El VIH causa la destrucción progresiva del sistema inmunológico y, por lo tanto, las defensas de nuestro organismo son debilitadas, dejando al individuo sin posibilidad de enfrentar las enfermedades.

HUMANA: Sólo afecta a la especie humana, ningún animal puede transmitir la infección.



2.2 Vías de transmisión:

- El VIH sobrevive muy mal y muy poco tiempo fuera del organismo. Es muy sensible al calor (no sobrevive por encima de los 60 grados). Por este motivo, para infectar al organismo debe penetrar en su interior y entrar en contacto con la sangre del individuo expuesto.

- La transmisión necesita una cantidad y concentración mínima de virus para provocar la infección. Por debajo de esta concentración el virus no tendrá posibilidades de continuar su ciclo de vida.

Las únicas vías de transmisión son:

- 1.- Vía sexual.
- 2.- Vía sanguínea.
- 3.- Vía vertical: de madre a hijo(a).

2.3 Condiciones relacionadas a la transmisión:

1.- Vía sexual.- Es la vía fundamental de transmisión. El semen, las secreciones vaginales y cervicales son los fluidos con mayor concentración de VIH. Por lo tanto, cualquier persona sexualmente activa, sin importar su orientación sexual, está en riesgo de infectarse con el VIH si no se protege. La transmisión del virus puede darse a través de prácticas sexuales anales, vaginales u orales.

Toda práctica penetrativa será de riesgo si no se utiliza barreras de protección (condón).

2.- Vía sanguínea.- El VIH se encuentra en gran concentración en la sangre de las personas infectadas. Son varias las formas en que esta sangre infectada puede ingresar a la otra persona:

2.1 Transfusiones de sangre y trasplante de órganos.

2.2 Compartir instrumentos punzo cortantes: tijeras, navajas, hoja de afeitar, agujas y/o jeringas, cuchillas, etc. Los cepillos de dientes pueden ser objetos a través de los cuales se puede transmitir el VIH, es necesario enfatizar que está asociado a la sangre que puede existir debido a micro traumatismos a causa del cepillado. El riesgo existe también en el material que se utiliza en tatuajes, acupuntura y piercing.

3.- Vía Vertical: Madre-hijo(a).- La transmisión de madre a hijo(a) se puede dar en diferentes momentos:

Durante la gestación o embarazo: se tiene evidencia de la presencia de virus en el líquido amniótico, existiendo la posibilidad de transmitir el virus a través de la placenta.

- **En el parto:** existe un contacto del (la) niño(a) con las secreciones vaginales y la sangre de la madre al momento de atravesar el canal vaginal.

- **La lactancia materna:** se tiene evidencia de la presencia de virus en la leche materna.

La probabilidad de transmisión del virus de una madre a su hijo(a) es del 30 % (1 de cada 3 madres infectadas transmitirán el virus a sus hijos(as)), aunque la mayoría de estos hijos(as) nacen "seropositivos". Los resultados positivos se deben a que la prueba de ELISA suele reaccionar por los anticuerpos que el niño(a) trae de la madre, los cuales pueden permanecer en su sangre hasta los 18 meses. La prueba positiva en ellos no significa necesariamente que estén infectados por lo que se recomienda la evaluación del (la) niño(a) durante este período.



3. EL VIH Y EL SISTEMA DE DEFENSA

El sistema inmunológico (de defensa) protege al organismo de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos e impide, a su vez, la proliferación de células malignas (cáncer).

Este sistema actúa en todo el cuerpo por medio de los glóbulos blancos, los linfocitos, que son dos grandes grupos: Los linfocitos T que atacan directamente a los invasores y los Linfocitos B, que producen unas sustancias que llamamos anticuerpos que son específicas para cada microbio.

4. ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

Dependiendo del avance del VIH, se definen las etapas o estadios clínicos:



- **INFECCIÓN INICIAL o Síndrome retroviral agudo:** luego de la infección inicial por el VIH un grupo de personas desarrollan síntomas que pueden ser fácilmente comparables con un resfrío, tendiendo a desaparecer espontáneamente. Estos síntomas se presentan usualmente después de 2-4 semanas de la infección inicial. Es importante destacar que desde este momento se puede transmitir el VIH a otras personas, y el examen de Elisa para VIH puede ser NO REACTIVO (negativo) a pesar de la persona estar infectada. (PERIODO VENTANA).
- **ETAPA ASINTOMÁTICA:** la persona infectada ingresa en un periodo prolongado (en promedio 5 a 8 años) de la enfermedad, sin ninguna molestia; sin embargo, el virus se encuentra en actividad. Si una persona no se realiza una prueba de despistaje difícilmente podría saber si está o no infectada. Esta es una de las grandes dificultades a que se enfrenta porque puede estar infectada y no saberlo, sentirse en perfecto estado de salud e infectar a otros.
- **ETAPA SÍNTOMÁTICA:** aunque en la mayoría de casos la persona está por largos años sin síntomas, algunos de ellos pueden presentar molestias, pero que no corresponden al estadio SIDA. Esta etapa se caracteriza por infecciones o condiciones de curso moderado que sólo son atribuidas a una baja de defensas y que no ponen en riesgo la vida del paciente.
- **SIDA:** es la etapa avanzada de la infección por VIH. Se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas, aquellas infecciones provocadas por microorganismos que aprovechan del deterioro del sistema inmunológico para ingresar al organismo y causar enfermedades como: Tuberculosis, Neumonía, Toxoplasmosis, tipos de cáncer, Sarcoma de Kaposi, Pneumocistis Carinii, entre otros. Se acentúa, en esta etapa, la gravedad de tales infecciones, que pueden poner en peligro la vida del paciente sino se procede al tratamiento oportuno. **Sólo en esta fase la persona tiene o ha desarrollado SIDA.**

5. PRUEBAS PARA DESCARTAR LA PRESENCIA DE VIH

La única forma de saber si una persona tiene o no el virus es analizando su sangre. Las pruebas de descarte o despistaje más utilizadas son las de ELISA y las pruebas rápidas, ambas por tener una alta sensibilidad y especificidad.

Es importante resaltar que el resultado obtenido con estas pruebas no es concluyente, debiendo realizar una segunda prueba más específica y confirmatoria, llamada prueba del WESTERN BLOT y la de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI). Estas pruebas detectan la producción de anticuerpos producidos contra las proteínas que envuelven al virus.

Existe la posibilidad de que las pruebas den resultados negativos, a pesar que la persona tiene la infección y ello se presenta en el periodo ventana o cuando el nivel de defensas de la persona infectada es muy bajo, ya que no existen suficientes anticuerpos para que sean detectados por las pruebas.

Estas pruebas de tamizaje, permiten hacer un diagnóstico preliminar y son de utilidad como prueba de descarte de VIH en los bancos de sangre (transfusiones), entre las pruebas de tamizaje tenemos:

5.1 ENSAYO DE INMUNOABSORVENCIA ENZIMÁTICA (ELISA): Su ejecución dura entre 6 a 12 horas, y brinda un resultado Reactivo (POSITIVO) o No Reactivo (NEGATIVO). En el caso de ser Reactivo necesariamente tiene que repetirse y, luego, ser confirmado.

5.2 Pruebas rápidas: De fácil ejecución y se puede obtener el resultado en el término de 10 a 15 minutos. Si se obtuviera un resultado reactivo, se procede a realizar la prueba de ELISA, y si persiste el resultado, se realizará la prueba confirmatoria.

5.3 Pruebas de confirmación: Permiten dar un diagnóstico definitivo aún cuando no exista un cuadro clínico evidente; entre ellas tenemos:

- WESTERN BLOT (WB)

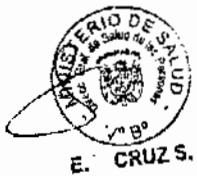
Detecta bandas específicas del virus. El diagnóstico puede ser **Positivo (+)** cuando cumple los criterios de positividad, adoptados por la técnica que se está usando (presencia de ciertas



DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

bandas), **Negativo (-)** cuando ninguna de de las bandas presentan reacción, o **Indeterminado** cuando no es positivo ni negativo. En este último caso, se volverá a repetir la prueba a los seis meses y si persiste el resultado **Indeterminado** después de tres (03) intentos, se considerará negativo y la no existencia de infección.

- **INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA, (IFI o IFA)** requiere de equipos especializados y personal altamente entrenado. La ventaja es que su costo es menor.



ANEXO N° 4

ARTÍCULOS LEGALES RELACIONADOS A LA CONSEJERÍA

LEY N° 26626 – CONTRASIDA Y SU REGLAMENTO

Artículo 4°.- Las pruebas para diagnosticar el VIH / SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería. Se consideran casos de excepción:

- a) El de los donantes de sangre y órganos; y,
- b) Los demás contemplados en el Reglamento de la presente Ley.

El Reglamento establecerá las sanciones para las personas o instituciones que contravengan lo dispuesto en este artículo.

Artículo 5°.- Los resultados de las pruebas diagnosticadas con VIH / SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de contagio son de carácter confidencial.

Dichos resultados e información sólo podrán ser solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial, siempre que las circunstancias lo justifiquen y únicamente para fines de investigación delictiva. Los profesionales de la salud están obligados a notificar al Ministerio de Salud los casos diagnosticados, aún cuando el enfermo hubiese fallecido.

Artículo 6°.- Las personas con VIH / SIDA pueden seguir laborando mientras estén aptas para desempeñar sus obligaciones.

Es nulo el despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH / SIDA.

Artículo 7°.- Toda persona con VIH / SIDA tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación provisional que el caso requiera. Para el cumplimiento de esta disposición se prevé que:

- a) El Estado debe brindar dichos servicios a través de las instituciones de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta; y,
- b) Dentro del régimen privado los derechos de atención médica integral y de seguro se harán efectivos cuando se trate de obligaciones contraídas en una relación contractual.

El Reglamento establecerá las sanciones para los profesionales y las instituciones vinculadas a la salud que impidan el ejercicio de los derechos a que se refieren este artículo.

REGLAMENTO DE LA LEY N° 26626 APROBADO POR DECRETO SUPREMO N° 004-97 – SA

Artículo 1°.- Toda mención que se haga en el Presente reglamento a la "Ley" debe entenderse que se trata de la Ley N° 26626.

Artículo 2°.- El presente Reglamento contiene normas que permiten el logro de los objetivos del Plan Nacional de Lucha Contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), denominado CONTRASIDA; y normas que garantizan la consejería pre y post, pruebas diagnósticas de infección por VIH, la voluntariedad y confidencialidad de las mismas, el reporte de casos de infección VIH / SIDA, el acceso a salud de las personas infectadas por el VIH y sus derechos laborales y sociales.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA**

Artículo 6°.- Para el diagnóstico y tratamiento precoz de las ETS, los establecimientos de salud crearán las condiciones necesarias para integrar los servicios de las ETS en su funcionamiento. Los servicios a brindarse deberán incluir diagnóstico, tratamiento, información y consejería preventiva para ETS y su implementación deberá iniciarse a partir de la -vigencia del presente Reglamento.

Artículo 8°.- El Ministerio de Salud será la única institución autorizada a señalar las pautas de intervención en salud, orientadas a la atención médica periódica y de prevención de las ETS / VIH en miembros de grupos con alta frecuencia de ETS. Ninguna autoridad administrativa, policial, municipal o política tiene competencia sobre esta materia, bajo responsabilidad funcional.

Artículo 9°.- Todo donante de sangre o sus componentes, de células de tejidos o de órganos, debe ser sometido a tamizaje de infección por VIH, bajo responsabilidad civil, penal o administrativa según fuere el caso, de los profesionales de salud responsables de la omisión de dichos actos, así como de su realización en forma negligente, imprudente o imperita.

Artículo 10°.- El Ministerio de Salud gestionará la provisión de recursos presupuestarios para que:

- a) Las gestantes infectadas por el VIH reciban tratamiento antiviral proveído gratuitamente, en el esquema y por el tiempo recomendado por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS); y
- b) Todo niño nacido de madre infectada por el VIH reciba tratamiento antiviral y lactancia artificial proveído gratuitamente, en el esquema y por el tiempo recomendado por el PROCETSS.

Artículo 11°.- Las pruebas diagnósticas de infección por VIH sólo podrán realizarse luego de consejería y autorización escrita de la persona.

Artículo 12°.- Exceptuase de la obligación de obtener consentimiento para realizar la prueba diagnóstica de infección por VIH en los casos siguientes:

- a).- Donantes de sangre o sus componentes, células de tejidos o de órganos.
- b).- Fuentes de sangre potencialmente contaminadas, involucradas en accidentes por exposición percutánea durante la atención de salud; y
- c).- Otros casos que se aprueben por Resolución Ministerial.

Artículo 13°.- La consejería preventiva para ETS y para infección por VIH y SIDA es requisito obligatorio para quienes pretendan contraer matrimonio civil. La consejería podrá ser proveída por la Municipalidad respectiva o por el Establecimiento de Salud más cercano.

Artículo 14°.- No podrá condicionarse ningún tipo de atención médica o quirúrgica a la realización previa de exámenes diagnósticos de infección por el VIH.

Artículo 15°.- La prueba de diagnóstico de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral, educativa o social. El presente artículo no modifica el Decreto Supremo N° 011-73-CCFFAA., adicionado por los Decretos Supremos N° 005-85-CCFFA y N° 072-94DE/CCFFAA.

Artículo 16°.- Los resultados de las pruebas diagnósticas de infección VIH / SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de contagio, son de carácter confidencial con las siguientes excepciones:

- a) Cuando sean usados por el personal de salud tratante, exclusivamente para brindar atención a la persona infectada;
- b) Cuando sean solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial si fueren indispensables para la denuncia o acusación Fiscal o para el proceso penal por el delito contra la salud pública en cualquiera de sus etapas.

Artículo 17°.- El reporte de casos de infección por VIH, a los que se refiere el artículo 5° de la Ley y de otras ETS se hará garantizando la confidencialidad y usando las definiciones para cada caso, establecidas en el documento normativo "Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de las ETS y el SIDA en el Perú", aprobada por Resolución Ministerial N° 235-96-SA/DM, empleando los formatos de reporte establecidos para este fin.

Deberán reportarse los casos de infección por VIH y los casos de SIDA al momento de hacerse el diagnóstico así como la primera vez que sean atendidos en un establecimiento de salud.

También deberá reportarse la evolución a SIDA de los infectados reportados anteriormente y el fallecimiento de los mismos.

Artículo 18°.- Tendrán la responsabilidad de realizar el reporte de los casos contemplados en el artículo anterior, los profesionales de salud que soliciten las pruebas diagnósticas de infección por VIH, los que realicen la primera atención en establecimientos de salud de aquellos pacientes con diagnóstico previo, los que diagnostiquen la evolución al estadio SIDA y los que certifiquen el fallecimiento.

Artículo 19°.- Los profesionales de la salud del Ministerio de Salud están obligados a reportar la información respectiva al Coordinador del Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del establecimiento de salud, quien elevará el reporte por los canales establecidos.



LEY N° 28243- AMPLIACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA LEY 26626- 25 DE MAYO 2004

Artículo 2°.- Modifica el artículo 4° de la Ley No. 26626

Modifícase el artículo 4° de la Ley No. 26626 con el siguiente texto:

De las pruebas de diagnóstico de VIH y SIDA

Las pruebas para diagnosticar el VIH y SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería obligatoria. Se considera casos de excepción a la voluntariedad:

- a) El de los donantes de sangre y órganos.
- b) El de la madre gestante, a fin de proteger la vida y la salud del niño(a) por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes. En este caso, es obligatoria la consejería previa.
- c) Los demás casos establecidos por leyes específicas.



Artículo 3°.- Modifica el artículo 7° de la Ley No. 26626

Modifícase el artículo 7° de la Ley No. 26626 con el siguiente texto:

Artículo 7º.- De la atención integral en salud

7.1 La atención a las personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) debe responder de manera integral a sus componentes biológico, psicológico y espiritual, comprendiendo en dicho proceso a su familia y la sociedad.

7.2 Toda persona que se encuentra viviendo con VIH y SIDA tiene derecho a recibir atención integral de salud continua y permanente por parte del Estado, a través de todos los establecimientos de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta y a la prestación provisional que el caso requiera.

La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud:

- a. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social;
- b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria;
- c. El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de Infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema.
- d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de la PVVS; y,
- e. Otras, que por la naturaleza de la atención sean necesarias para el logro de la atención integral de la salud.

7.3 El Reglamento establecerá las sanciones para los profesionales, trabajadores e instituciones vinculados a la salud que impidan el ejercicio de los derechos a que se refiere el presente artículo.

7.4 Dentro del régimen privado, los derechos de atención integral de salud y de seguro se harán efectivos cuando se trate de obligaciones contraídas en una relación contractual.



ANEXO N° 5

RELACIÓN DE NORMAS TÉCNICAS

1.- Norma Técnica para la Atención de Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA – NT/ N°005-MINSA/DGSP-V 01, aprobado con Resolución Ministerial N° 125-2004/MINSA

Objetivo: disminuir el impacto psicosocial de la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y el SIDA en la población peruana a través del establecimiento del servicio de consejería en ITS y VIH/SIDA por el Ministerio de Salud, con la finalidad de fomentar el diagnóstico precoz, brindar soporte psicosocial, educación para la salud y apoyar el tratamiento oportuno.

2.- Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana – NT/ N°019-MINSA/DGSP-V 01, aprobado con Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA

Objetivo: mejorar la eficacia del tratamiento con antirretrovirales de gran actividad (TARGA) mediante la implementación de un Programa de Adherencia al TARGA, que no sólo representa el cumplimiento de la terapia sino también:

- Alcanzar la supresión máxima y prolongada de los niveles de RNA- VIH en plasma y lograr el restablecimiento y/o conservación de la función inmunológica para retardar la progresión de la enfermedad.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad de personas adultas infectadas por el VIH/SIDA.
- La pertinencia, oportunidad y calidad de la atención a los pacientes con VIH/SIDA.
- Lograr un impacto positivo sobre la epidemia en el país.
- Asegurar la correcta administración del TARGA a nivel nacional, con niveles de adherencia superiores al 90%.

3.- Norma Técnica para articulación del servicio de consejeros educadores de pares para personas que viven con VIH/SIDA - NT/N°003-MINSA/DGSP-V.01, aprobado con Resolución Ministerial N° 1328-2003- SA/DM

Objetivo: disminuir el impacto psicosocial del VIH y el SIDA en las personas afectadas a través del establecimiento servicio de consejería y educación de pares, con la finalidad de brindar soporte psicosocial, fomentar el autocuidado a través de la educación para la salud y apoyar el tratamiento oportuno a fin de fomentar una óptima adherencia terapéutica.

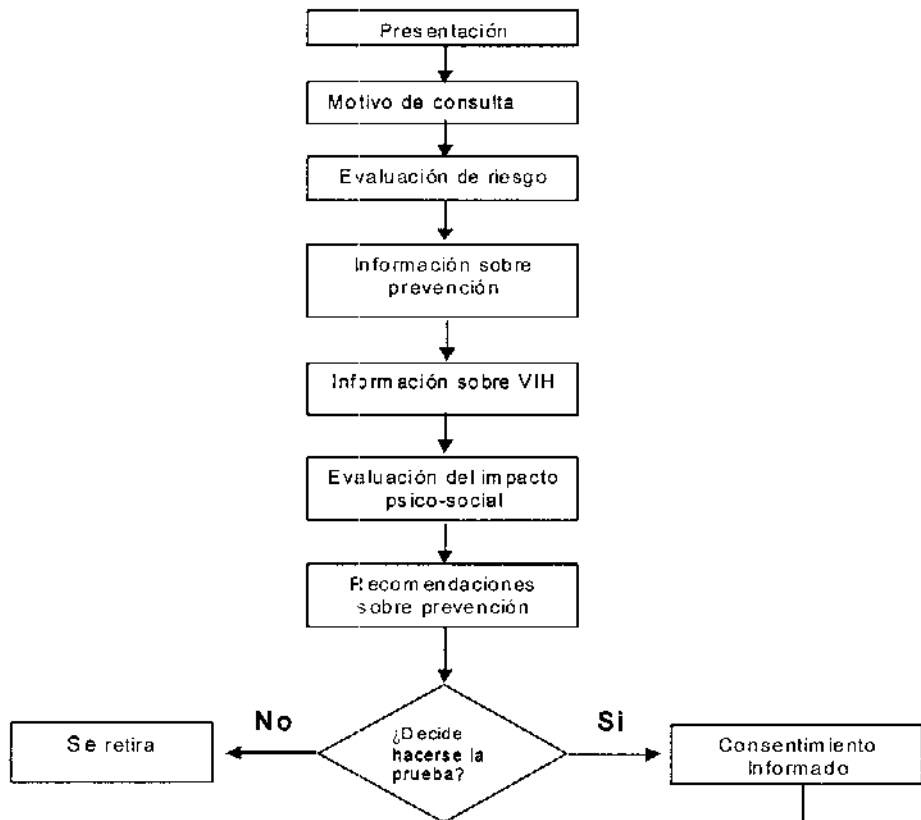
4.- Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Vertical Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita - NTS N° 064 – MINSA/DGSP-V.01, aprobado con Resolución Ministerial N° 335-2008/MINSA

Objetivo: Establecer las pautas y procedimientos a ser utilizados a nivel nacional basados en conocimiento científico, dirigidos a la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y el *Treponema pallidum*, para la reducción de la transmisión del VIH a menos del 2% y la incidencia de Sífilis Congénita a menos de 0.5 x 1000 nacidos vivos para el año 2011.

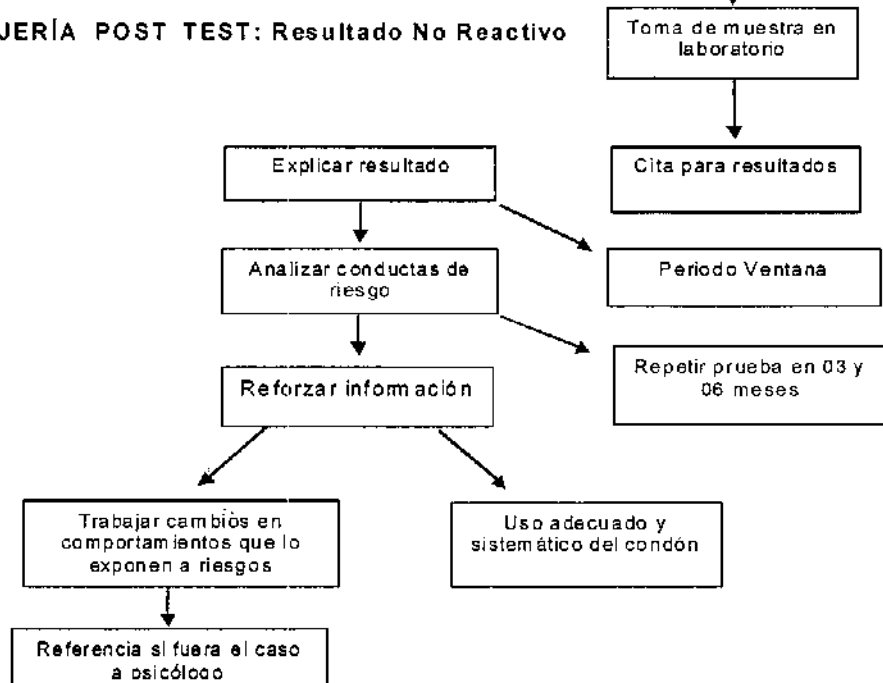


ANEXO Nº 6

FLUJOGRAMAS DE CONSEJERÍA
CONSEJERÍA PRE TEST

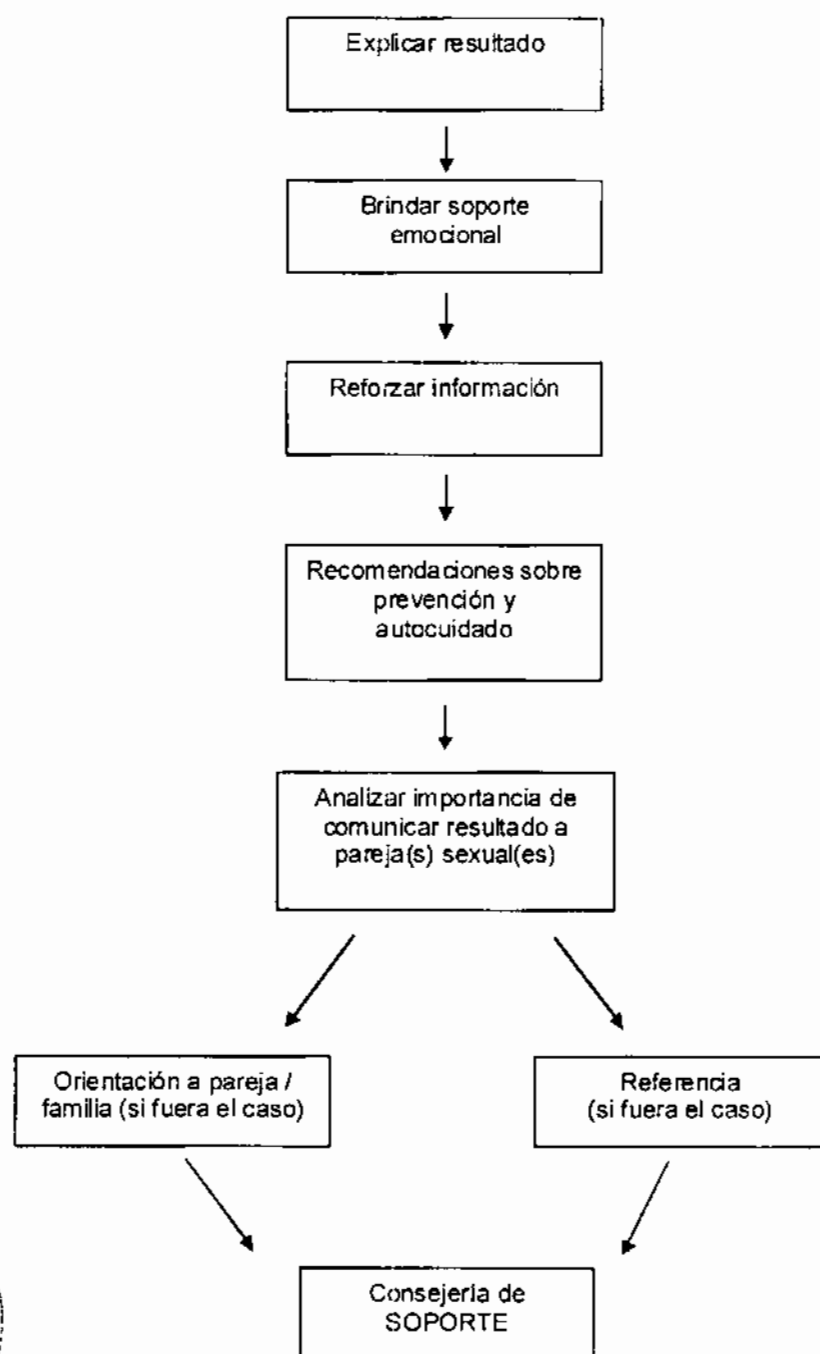


CONSEJERÍA POST TEST: Resultado No Reactivo



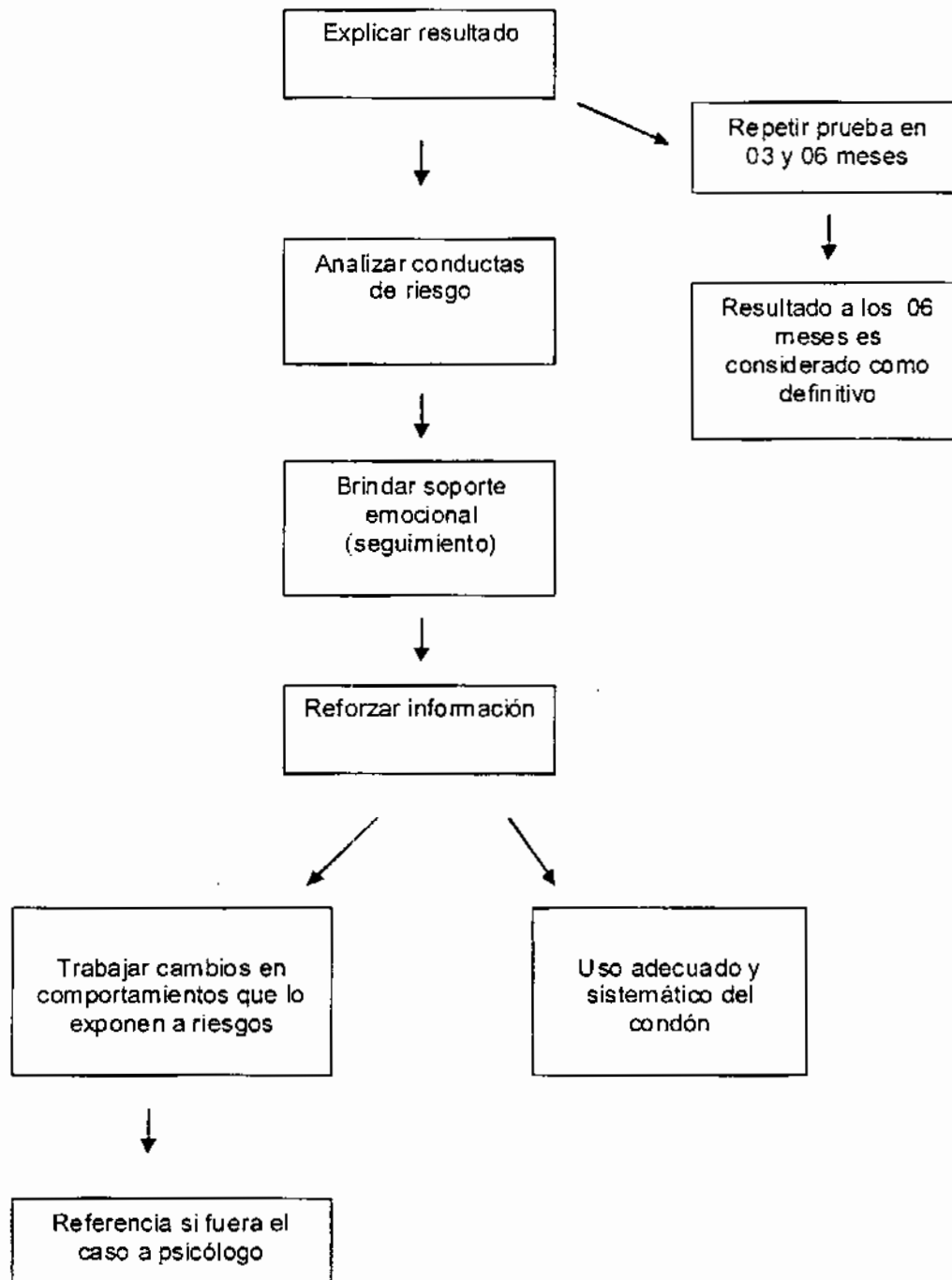
ANEXO Nº 7

CONSEJERÍA POST TEST: RESULTADO POSITIVO



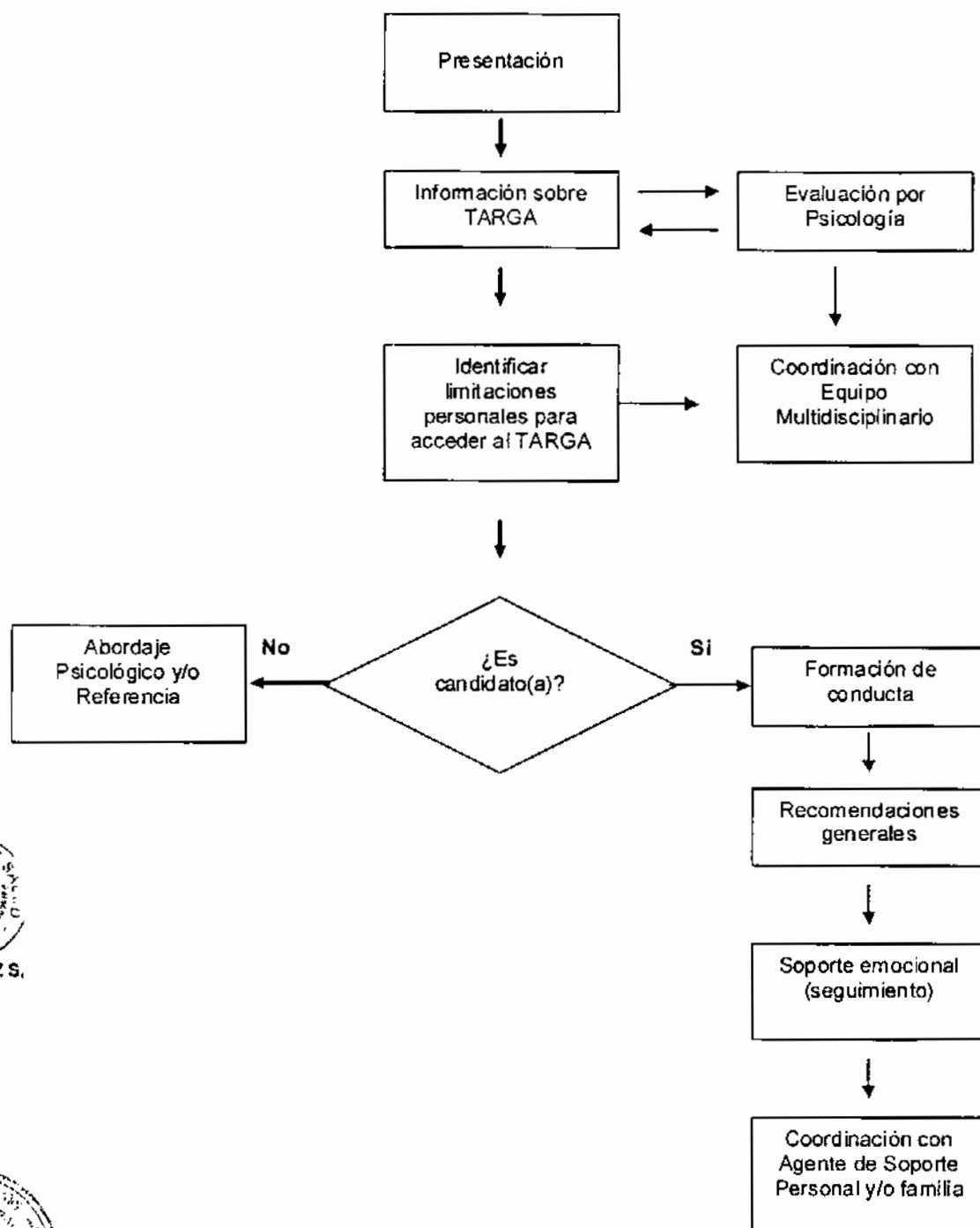
ANEXO Nº 8

CONSEJERÍA POST TEST: RESULTADO INDETERMINADO



ANEXO N° 9

CONSEJERÍA DE ADHERENCIA PARA EL TARGA



MINISTERIO DE SALUD
E. CRUZ S.



ANEXO N° 10

Modelo de Consentimiento informado para la prueba de despistaje del VIH

Yo, _____, certifico que he recibido información sobre el VIH, transmisión, prevención y sobre el propósito y beneficio de la prueba, así como su carácter de no concluyente.

Que he recibido consejería pre test: para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme la pruebas diagnóstica.

También certifico que, el consejero(a) me informó que recibiré una consejería post test (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Nombre y firma de quien da el consentimiento

Nombre _____ Firma _____

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre _____ Firma _____

Fecha _____

Lugar _____



ANEXO Nº 11

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

TARGA

1. Definición de terapia antirretroviral.- El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es el régimen de medicamentos utilizado en pacientes con VIH y el SIDA, basado en los criterios clínicos y de laboratorio establecidos. Consta de por lo menos tres drogas antirretrovirales de diferentes principios farmacológicos, cuyo objetivo es la supresión profunda y duradera de la réplica viral hasta lograr el restablecimiento y/o conservación de la función inmunológica, para retardar la progresión de la enfermedad. Esta terapia no es una cura para la infección por VIH.

El inicio del tratamiento antirretroviral no es habitualmente urgente. Dada la importancia que tiene realizar correctamente este primer tratamiento, conviene antes de iniciar la terapia, preparar al paciente, identificar las situaciones que puedan dificultar una correcta adherencia y corregirlas.

2. Criterios para iniciar TARGA.- El ingreso del paciente se define por la evaluación integral del equipo multidisciplinario, considerando los siguientes criterios clínicos y de laboratorio

- El paciente tiene síntomas iniciales de SIDA o está en fase SIDA
- El paciente tiene un recuento de CD4 igual o menor a 200 células/ml
- Carga viral mayor de 55,000 copias

3. Adherencia al TARGA.- Los términos "adherencia" y "cumplimiento" se emplean, con frecuencia, de forma indistinta. En un principio, solamente se empleaba el término "cumplimiento" para definir la correcta toma de los medicamentos. Sin embargo, algunos autores prefieren el término "adherencia" considerando que, define una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico, con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico.

El incumplimiento o la adherencia incorrecta incluye: la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración, no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

El incumplimiento o la adherencia incorrecta incluye: la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración, no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

Durante el tratamiento, la evaluación de la adherencia es imprescindible y deberá tomarse en cuenta en la toma de decisiones terapéuticas. Al no existir un único método fiable, recomendamos utilizar varias técnicas como: la entrevista y el cuestionario estructurado, el recuento de la medicación sobrante y la asistencia a las citas de dispensación de fármacos junto con la evolución clínica y analítica del paciente. Para ello es indispensable que exista una buena coordinación entre el equipo multidisciplinario; si detecta una falta de adherencia debe intervenir de forma activa para corregirla, y en situaciones extremas puede valorarse la suspensión del tratamiento.

4. Factores que dificultan la adherencia.- Los factores asociados a la dificultad de adherencia pueden atribuirse al individuo, a la enfermedad, al fármaco o al equipo asistencial.

A) Individuo: Las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), así como el nivel cultural y la situación económica estable, no son factores determinantes del nivel de adherencia de un individuo. El disponer de domicilio fijo y un soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia.



Los factores de carácter psicológico también influyen en el incumplimiento del tratamiento. La ansiedad y la depresión empeoran la adherencia. La drogodependencia y el alcoholismo son factores relacionados con el mal cumplimiento.

Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. La percepción de beneficio potencial es fundamental.

En algunos casos las PVVS no han terminado de aceptar su condición de seropositividad; iniciar su tratamiento o ingresar en un protocolo de terapia significa un desafío en el proceso de evaluar su condición de salud. Ello puede significar el avance de la enfermedad.

Muchos pacientes están inmersos en situaciones psicosociales desfavorables como: condiciones de vivienda y sanitarias poco adecuadas, violencia doméstica, inestabilidad económica, dificultad para acceder a servicios de salud, bajo nivel educativo, creencias y mitos, falta de comunicación del diagnóstico a la familia, trastornos emocionales, aspectos que dificultan aún más, los programas de adherencia.

B) Enfermedad: La infección por el VIH puede presentarse de forma asintomática o sintomática. La capacidad de aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases. El mal pronóstico que presenta la enfermedad, en ausencia de tratamiento, puede ser de ayuda para comprender la necesidad del mismo, aunque dicho tratamiento sea complejo y presente efectos adversos.

C) Régimen terapéutico: El tratamiento de la infección por el VIH presenta factores que dificultan su adherencia: más de un fármaco, más de una toma al día, presencia de efectos adversos, y efectos secundarios (lipodistrofia, daño en las terminaciones neurológicas, entre otros) y tratamientos prolongados.

La interferencia con los hábitos, sea por el horario de trabajo o por la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto.

D) Equipo asistencial: La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia.

La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente. Lo más importante es ofrecer una información detallada, auténtica y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutua.



5. Resistencia al tratamiento antirretroviral.- Las razones fundamentales de resistencia son:

- El VIH se reproduce muy rápidamente, haciendo billones de copias de nuevos virus cada día, como el virus a veces comete errores al reproducirse (copiarse), cada nueva generación de virus es ligeramente diferente a la anterior. Estas pequeñas diferencias se las llama mutaciones.

Algunas mutaciones ocurren en partes del virus donde actúan los medicamentos antirretrovirales. Esto puede dar como resultado cepas o variantes del VIH, con menos sensibilidad a los medicamentos o drogas antirretrovirales.

- La no adherencia al tratamiento es otra causa de resistencia. Debido a que el virus aprende a reconocer y defenderse de la droga, puede disminuir su acción terapéutica.



ANEXO N° 12

ESQUEMA DEL TARGA A UTILIZAR POR MINSA – PERÚ

Los pacientes deberán seguir los siguientes criterios:

Condición Previa al tratamiento	Condición clínica	Recuento de CD4 y Carga viral	Esquema
Nunca Antes	<u>GRUPO A</u> Asintomático	CD4 mayor o igual a 200 cel/mm ³ y CV mayor de 55,000 copias/ml, ó CD4 mayor o igual a 100cel/mm ³ por año	AZT + 3TC + NVP
	<u>GRUPO B</u> Asintomático o Sintomático	CD4 menor de 200 cel/mm ³ y/o CV mayo de 55,000 copias/ml	AZT + 3TC + EFV (**)

(*) Considerar Nunca Antes Tratado, a todo paciente que jamás recibió antirretrovirales o que los recibió por un período no mayor de 30 días.

(**) En los casos de pacientes con anemia moderada o severa antes o durante el tratamiento se utilizará d4T o DDI en lugar de AZT



VII BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Civil Impacta (ACI). Diagnóstico Situacional de las Intervenciones para la prevención y Control de las ITS en Grupos vulnerables a nivel nacional; 2004.
2. Cáceres C. Recomendaciones para la implementación de un Programa de Terapia Antirretroviral para el VIH/SIDA en el Perú. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia UPCH – AIS; Mayo 2004.
3. Center for Disease Control and Prevention (CDCP). Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR;1998.
4. Center for Disease Control and Preventions (CDCP). Cuidando de alguien con SIDA. Atlanta, USA: Department of Health and Human Service, GA; 1990.
5. Center for AIDS research (CFAR). Opciones para Niños: Una Guía para el Tratamiento Antirretroviral. USA; 2003.
6. Fauc, Anthony S, Barlett John G. Pautas para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con VIH. Baltimore, USA: Institutos Nacionales de Salud, Bethesda & Johns Hopkins University; Noviembre 2003.
7. Fernández A. Enfoque psicosocial del paciente infectado con VIH. Bogotá, Colombia: Instituto de seguros sociales, ASCOFAME; 1990.
8. Gerlein C. Recomendaciones para el apoyo psicológico del paciente con SIDA. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, OPS; 1990.
9. Grace L. Conviviendo con personas que tienen SIDA. Puerto Rico: Fundación AIDS; 1984.
10. Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt (IMTAVH). Programa de Capacitación a equipos multidisciplinarios encargados de la atención integral y tratamiento antirretroviral en PVVS. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2004.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Expansión del tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados: directrices para un enfoque de salud pública; 2004.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003.
13. Ministerio de Salud (MINSA). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú; 2004.
14. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de Consejeros/as de Pares en PVVS. Lima, Perú; 2004.
15. Ministerio de Salud (MINSA). Guía Nacional de Manejo de casos de ETS. Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Lima, Perú; 1998.
16. Miller W, Rollnick S. La Entrevista Motivacional. Australia; 2000.
17. National Institute of Health, Aids INFO. El VIH y su tratamiento: Que debe saber usted. Directrices para el uso de Terapia Antirretroviral en adultos y adolescentes infectados por el VIH.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices para la labor del consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH. Ginebra, Suiza; 1991.
19. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Módulo de Consejería Pre Test y Post Test -Consejería de Soporte para Población privada de su libertad. Lima, Perú: Proyecto Fondo Global; 2004.
20. Tourette C. Infección por VIH & Triterapias: Guía de Consejería. Turgis, Francia; 2001.
21. Velandia, Manuel Antonio. "Manual de Consejería pre y posprueba en VIH/SIDA". Bogotá, Colombia; 2002.



E. CRUZ S.

