DEPARTAMENTO DE
SALUD

Julio
2022

Guías para la implementación de Estrategias Basadas en Evidencia para la Retención, con Énfasis en Adherencia, de personas con Diagnóstico positivo al VIH: Jóvenes, Mujeres, Personas sin Hogar, Adultos Mayores



Programa Ryan White Parte B/ADAP
Oficina Central de Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles
Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud

Esta guía fue preparada por el Programa Ryan White Parte B/ADAP del Departamento de Salud de Puerto Rico

Con la colaboración de:

Dra. Valerie Toro - Coordinadora Programa de Psicología de Cuidado Primario

Dra. Grace Viñas Joy – Programa de Psicología de Cuidado Primario

Dra. Hiradith Menéndez - Programa de Psicología de Cuidado Primario

Dr. Omar Alicea - Programa de Psicología de Cuidado Primario

Sa. Rosa Rivera Avilés - Representante de Comunidad Grupo de Planificación

Sr. Angel Martinez - Representante de Comunidad Grupo de Planificación

Contenido

Introducción **4**
Adherencia **4**
Retención **5**
Calidad de Vida y Adherencia **6**
- **Actividad Física** **7**
- **Nutrición** **7**
- **Salud Mental** **8**
- **Apoyo Social** **8**
- **Familia** **9**
- **Grupos de Apoyo** **9**
- **Apoyo de Personal Médico y Terapeutas** **10**

Elementos adicionales que influyen en la Retención y Adherencia **10**
- **Factores Personales** **10**
- **Factores del Tratamiento** **11**
- **Estigma** **11**

Poblaciones Clave **14**
Personas Adultas Mayores **15**
Personas sin Hogar **19**
Jóvenes **23**
Mujeres **26**
Estrategias Basadas en Evidencia para la Retención con Énfasis en Adherencia **29**
- ARTAS - Tratamiento Antiretroviral y Acceso A Servicios 33
- Servicios de VIH Centralizados (Centralized HIV Services) 33
- SBIRT - Screening Brief Intervention & Referral to Treatment 35
- Parejas Inteligentes (Smart Couples) 38
- Retention Through Enhanced Personal Contacts 40
- STYLE: Strenght Trough Living' Empowered 41
- DAART para Usuarios de Sustancias 43
- DAART en Clínicas de Metadona 44
- Alcance Comunitario y Social Tradicional 45
- Enlace Interno 47
- Compromiso entre Pares para Mejorar el Enlace y la Retención en el Cuidado de Jóvenes, Mujeres, Infantes y Niños (Peer Engagement to Improve Linkage to Care and Retention In Care For Youth, Women, Infants, and Children) 50
- Cita Inicial de Acceso Rápido para el VIH y Prescripción de TAR (Rapid Access Initial HIV Appointment and ART Prescription) 51
- Programa de Asistencia Alimentaria PACT (Pact Food Assistance Program) 52
- Alcanzando la Supresión Viral en Jóvenes Con VIH (Reaching Viral Suppression in Youth With HIV) 53
- Creación de una Cultura de Atención Informada sobre el Trauma (Creating a Culture of Trauma-Informed Care) 55
- Uso de un Enfoque Multidisciplinario para Mejorar la Retención en la Atención del VIH (Using a Multidisciplinary Approach to Improve Retention in HIV Care) 56
- Un Enfoque Basado en el Trauma para Integrar los Servicios de Atención

Primaria y de Salud Conductual Relacionados con el VIH (A Trauma-Informed Approach to Integrating HIV Primary Care and Behavioral Health Services) 58
- Prueba y Tratamiento (Test and Treat) 59

Introducción

El VIH sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos (OMS, 2017). Sin embargo, debido a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antirretrovirales, las personas con diagnóstico positivo al VIH pueden ahora vivir más tiempo y en mejor estado de salud, incluso se ha confirmado que el tratamiento con antirretrovirales evita la transmisión del VIH. La baja adherencia a los tratamientos para el VIH ha sido reportada en los últimos años como un problema de salud pública a nivel mundial. Debido a su alarmante magnitud sigue siendo un reto tanto en el ámbito de la salud como en las Ciencias Sociales. Estudios realizados durante la pasada década muestran que entre un 20% y un 50% de personas con tratamiento antirretroviral (TAR) activo presentaban una adherencia inadecuada al mismo (Mendoza, et al., 2018). Esto apunta a la necesidad de explorar las variables que inciden en la falta de adherencia tanto a nivel individual como a nivel externo y social incluyendo, además, los diferentes componentes de los sistemas de salud que juegan un rol importante en el tratamiento a personas con diagnóstico positivo al VIH.

ADHERENCIA

Existen múltiples definiciones en la literatura científica y de servicios para los conceptos de retención y adherencia. Ciertamente estas medidas son importantes al examinar la efectividad del tratamiento y servicios que se ofrecen a las personas con diagnóstico positivo al VIH. La adherencia es un proceso complejo, que resalta la necesidad de comprender los factores de la persona y su grupo social involucrados en el mismo (Nery, 2014). Esto, a fin de permitir la creación de una alianza terapéutica real entre las personas que reciben servicios de salud y los centros u organizaciones que proveen dichos servicios. La adherencia al tratamiento es un proceso de colaboración que facilita la aceptación e integración de cierto régimen terapéutico en la vida cotidiana de las personas en tratamiento, asumiendo su participación en la toma de decisiones (Nery, N. 2014). El éxito del tratamiento del VIH requiere una asociación en la que la persona tratada, el personal médico, el personal de consejería, o miembros del equipo de salud y el ambiente social interactúen. Esto amerita abordar factores clínicos, personales y sociales que pueden afectar la capacidad de la persona tratada para lograr y mantener el nivel necesario de cumplimiento con el tratamiento.

En el manual Adherence *to Treatment for HIV: A Training Curriculum for Counselors* destaca que, en teoría, la adherencia total a los medicamentos antirretrovirales debe definirse como el tomar 100% de las dosis prescritas cada día, en los horarios programados cuando se recetan y con los requisitos dietéticos necesarios para cada uno de los medicamentos. A pesar de esto, el manual establece que la adherencia al tratamiento requiere una relación centrada en la persona en la que se le alienta y apoya para que comprenda e identifique desafíos y posibles soluciones para lograr este objetivo. Por lo tanto, no es suficiente definir la adherencia solo desde una perspectiva clínica sino también desde una perspectiva psicosocial.

No existe una definición universalmente aceptada de adherencia a la medicación. Con respecto a la atención del VIH específicamente, se expone que la adherencia a los medicamentos se ha definido como “la capacidad de la persona con diagnóstico positivo al VIH de participar, elegir, iniciar, administrar y mantener un régimen de medicación de alguna combinación terapéutica determinada para controlar la replicación viral (VIH) y mejorar la función inmunológica" (Jani AA, 2002). Se destaca, además, que pocos estudios concuerdan en la operacionalización de adherencia y que generalmente existen dos enfoques comunes para definirla. Estos son: 1) considerar si la persona omitió alguna pastilla durante un intervalo específico o 2) si la persona ha excedido un porcentaje establecido de dosis tomadas. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud define adherencia como la capacidad para seguir los planes de tratamiento, tomar medicamentos en los horarios y frecuencias prescritos y también seguir las restricciones con respecto a estilos de vida, alimentos y otros medicamentos.

Al resumir e integrar las diferentes definiciones y elementos incluidos por la literatura científica podríamos indicar que la adherencia es un proceso colaborativo complejo en el cual se integran factores intrínsecos de la persona tratada y de su entorno para crear una alianza terapéutica cuyo fin es el cumplimiento efectivo con el régimen de tratamiento incluido en este, la ingesta de medicamentos según prescritos, dieta y cuidado. Esto con el fin de suprimir el VIH por debajo de los límites de detección durante el mayor tiempo posible. Quiere decir, que la adherencia a aspectos no-farmacológicos relacionados con cambios en los estilos de vida aumenta la eficacia del tratamiento y disminuye la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección, la adquisición de otras ITS y la transmisión del virus a otras personas (Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015).

RETENCIÓN

Un elemento clave que está estrechamente vinculado a la adherencia es la retención en tratamiento. Mientras que la adherencia se relaciona más con tomar medicamentos y seguir las recomendaciones de un proveedor de atención médica, la retención representa el proceso de participación continua en la atención médica del VIH (OMS, 2015-16). Aunque la retención y la adherencia son comportamientos de salud distintos y requieren diferentes conjuntos de acciones, están estrechamente interrelacionados. Por lo tanto, es necesario enfocarse tanto en la adherencia como en la retención para reducir las nuevas infecciones por VIH, abordar las disparidades en la salud y mejorar los resultados del tratamiento.

Monitorear la asistencia a la clínica es crucial para identificar a las personas que no están bien atendidas y a las que se han quedado fuera de cuidado. Sin embargo, medir la retención en la atención primaria del VIH puede ser complejo, ya que la atención incluye múltiples visitas programadas a intervalos variables a lo largo del tiempo. Es por esto, y por la variabilidad que, en cada contexto de salud, que no existe una definición o medida general que pueda

aplicarse a los diversos espacios de provisión de servicios de salud para VIH. Existen diferentes maneras que se utilizan para medir. Entre estas las más comunes son las siguientes:

- *Visitas perdidas (recuento)* - Número de visitas (*no show*) acumuladas
- *Adherencia a la Visita* - Proporción de visitas sostenidas / visitas
- Consistencia en visitas durante 4 meses - Número de intervalos de 4 meses con al menos 1 visita mantenida
- *Intervalo de 6 meses* - ≥ 189 días transcurridos entre visitas mantenidas secuenciales
- *Medida de HRSA/ HAB* - mantuvo 2 visitas separadas por ≥ 90 días entre ellas

Existen programas de servicios que definen retención basada en el cumplimiento con las citas programadas según la estrategia de tratamiento. Por ejemplo, algunas prácticas basadas en evidencia o informadas en evidencia establecen una serie de sesiones o fases dentro del tratamiento. El no cumplir con dichas sesiones, implica falta de cumplimiento con la práctica lo que muchas veces lleva a baja retención en el tratamiento. Al igual que en la retención, es importante el monitoreo de la búsqueda e ingesta de medicamentos para estar al tanto si la persona tratada está siendo o no adherente al tratamiento. Existen diferentes formas de medir si se está cumpliendo adecuadamente la adherencia en cuidado. La literatura establece que algunos métodos para medir la adherencia son poco confiables (recuento de píldoras, estimación del médico, registros de farmacia) mientras que otros resultan ser costosos en el contexto clínico (evaluación de la concentración plasmática del fármaco) o difíciles de implementar en la vida diaria (sistemas de control electrónico, tarjeta de registro diario) y otros parecen prometedores (autoinforme de la persona tratada).

Calidad de Vida y Adherencia

Como se mencionó previamente, en el caso de las personas con diagnóstico positivo al VIH, más allá del uso de medicamentos existen otros elementos importantes para asegurar un mejor estado de salud. Entre los más destacados se encuentran la calidad de vida, la nutrición y el apoyo social. El concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario, especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el VIH (Schwartzmann, 2003). Las enfermedades crónicas tienden a afectar de manera significativa múltiples aspectos de la vida de las personas incluyendo su cotidianidad. Estudios sostienen que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida se convierta en el objetivo primordial en la atención de las personas tratadas (Schwartzmann, 2003). Este también es el caso de las personas diagnosticadas con VIH. La literatura constantemente refuerza la necesidad de realizar intervenciones que faciliten la adopción de estilos de vida saludables como parte de la atención que brindan las instituciones de salud, asegurando que se comprenda la importancia de llevarlos a cabo para el control de su enfermedad y la mejora de su calidad de vida (Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015).

Actividad Física

El VIH está asociado con la pérdida de masa muscular debilidad muscular, fatiga, capacidad de trabajo funcional deteriorada, depresión y disminución en la calidad de vida. Estos factores aumentan la mortalidad y discapacidad (Bopp, C., Phillips, K., Fulk, L., & Hand, G. ,2003). Por otra parte, la progresión del VIH suele estar acompañada con el aumento de los niveles de ansiedad y depresión. La depresión y ansiedad no solo son capaces de alterar factores psicosociales (Ej. apatía, autoestima, deseos de suicidio), sino que podrían estar directamente relacionados con síntomas de la condición como fatiga y discapacidades físicas. Una de las terapias sugeridas para disminuir la presencia de ansiedad y depresión en la población con diagnóstico positivo al VIH ha sido el ejercicio.

En la población general, el ejercicio aeróbico de intensidad moderada tiene el potencial de aliviar la ansiedad, depresión, estado de ánimo y restaurar la función inmune (Carvajal, A.,2001). En el caso de las personas con diagnóstico positivo al VIH, el ejercicio puede afectar positivamente muchos aspectos de su salud mental y física (Bopp, C., et. al., 2003). Existe suficiente información experimental que indica que el ejercicio podría ser un tratamiento alternativo para mejorar la calidad de vida de esta población (Carvajal, A., 2001). El ejercicio debe realizarse con moderación y sin esfuerzos mayores de alta intensidad puesto que esto podría traer como consecuencia aumento de infecciones y afectar negativamente la función inmunológica (Bopp, C., et. al., 2003).

Nutrición

Llevar una alimentación balanceada permite que las personas con VIH obtengan los nutrientes necesarios como fuente principal de energía, fortalezcan su sistema inmunológico para proteger al organismo contra infecciones oportunistas y se minimicen otros síntomas que pueden presentarse en algunas ocasiones como efecto de los antirretrovirales (disminución de frecuencia de la diarrea, pérdida de masa muscular, síndrome de lipodistrofia) (Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015). La buena nutrición también ayuda a las personas con el VIH a mantener un peso saludable y absorber los medicamentos contra el VIH.

En general, los fundamentos de una alimentación saludable son iguales para todas las personas, incluso para aquellas con diagnóstico positivo al VIH. El consumir una variedad de alimentos de los cinco grupos de alimentos (frutas, verduras, granos, proteínas y productos lácteos) en cantidades adecuadas de alimentos para mantener un peso saludable son algunos de estos principios. Igualmente, escoger alimentos con poco contenido de grasa saturada, sodio y azúcares agregados son reglas básicas para asegurar una buena nutrición. Sin embargo, en vista de que el VIH afecta de manera negativa el sistema inmunitario, es más probable que las enfermedades transmitidas por los alimentos sean más graves y duren más tiempo en las personas seropositivas que en las personas con un sistema inmunitario sano. Por esto, es importante conocer sobre seguridad alimentaria ya que esto ayuda a escoger, manejar,

preparar y guardar los alimentos para prevenir las enfermedades transmitidas por los mismos. Conocer sobre la seguridad alimentaria reduce el riesgo de enfermedades que podrían traer consecuencias adversas a personascon VIH (NIH, 2021).

Por otro lado, la restricción en el consumo de alcohol, entre otras sustancias psicoactivas, es parte de las recomendaciones terapéuticas. Se estima que las personas con VIH/SIDA, pueden ser más propensas a consumir mayores cantidades de alcohol, lo cual se puede relacionar con conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas y relaciones sexuales sin protección). El consumo abusivo de drogas acelera la evolución del VIH y produce considerables problemas para la adherencia al tratamiento (Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015).

Salud Mental

La depresión y el estrés producen alteraciones en el funcionamiento de los sistemas inmunológico, nervioso y endocrino, influyendo de forma negativa en el curso, el afrontamiento y la tolerancia del VIH. La depresión está asociada con un aumento de enfermedades, desbalance en el sistema inmunológico y aumento en la mortalidad. Estas consecuencias se ven reforzadas en personas que además de tener depresión, no realizan ejercicio físico, disminuyen el consumo de alimentos y presentan alteraciones del sueño. El manejo adecuado de estados emocionales como el estrés, la ansiedad, la depresión, entre otros, permite que las personas con diagnóstico positivo al VIH sobrelleven de forma más saludable las diferentes situaciones de su vida, manejen mejor la condición y fortalezcan su sistema inmunológico (Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015). Toda estrategia o intervención para promover la adherencia y retención en tratamiento de VIH debe contemplar la salud mental como parte de los elementos a considerar en el diseño, planificación e implementación del tratamiento.

Apoyo Social

Se ha encontrado que las personas con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción con relación al apoyo social y presentan un mejor grado de adaptación a la condición (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifiecol & Rowc, 1988). En el caso de personas con diagnóstico positivo al VIH, se destaca el apoyo social como una de las variables de mayor influencia en la calidad de vida de la persona. Esto debido a que no solo ayuda a que se mantenga en tratamiento, sino que también tiene efectos positivos en su estado emocional. Dirigir esfuerzos para la mejora de este recurso personal contribuye directamente a un aumento de la calidad de vida (Remor, 2002). El apoyo social en las personas seropositivas al VIH facilita su ajuste psicosocial hacia la condición, mejora funcionamiento físico, disminuye dificultades para emprender tareas diarias y aminora estrés relacionado con la salud (Mosqueda et. al., 2017). Dentro de lo que es el círculo de apoyo social la persona con diagnóstico positivo al VIH, se encuentran la familia, profesionales de la salud que forman parte de su tratamiento y los grupos de apoyo.

Familia

El apoyo familiar en el cuidado de la salud de sus miembros influye de forma positiva o negativa no sólo en el desarrollo y evolución de alguna condición de salud, sino en la dinámica del grupo familiar (Marín, M. et. al. 2013). En el caso de las personas con diagnóstico positivo al VIH este principio se sostiene. Un estudio sobre el tema reportó que el 90.5 % de las personass con diagnóstico positivo al VIH percibe a la familia como principal fuente proveedora de apoyo (Vilató et al., 2015). El apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la condición, más aún ante la estigmatización de esta enfermedad para la cual la sociedad fomenta continuamente el rechazo. En muchas ocasiones, la familia de personas con diagnóstico positivo al VIH suele presentar dificultades emocionales debido a temores, mitos e ignorancia que llevan al rechazo de la persona, lo cual hace necesario que reciban apoyo psicológico. Por tanto, es recomendable extender la intervención a familiares y amistades allegadas de las personas con diagnóstico positivo al VIH, ya que son elementos de gran valor en su red de apoyo social.

Por otra parte, es indispensable reconocer que mediante la crianza algunos hábitos en el estilo de vida de las personas como el cuidado de la salud, la dieta, los ejercicios, el uso del tabaco y el alcohol son transmitidos por la familia y que esto tiene influencia en sus integrantes. Es por esto que, en el proceso de considerar la interacción de la persona con su contexto dentro del tratamiento de VIH, es inevitable considerar la relación de esta con su familia y cómo este contexto incidirá de manera negativa o positiva en los resultados del tratamiento (Marín, M. et al. 2013). En conclusión, sobre este aspecto, es de gran importancia la contribución e integración del grupo familiar en el cuidado y apoyo proporcionado a la persona con diagnóstico positivo al VIH.

Grupos de Apoyo

Los grupos de apoyo para personas con diagnóstico positivo al VIH son una alternativa de apoyo social en donde la dirección y la responsabilidad están a cargo de profesionales que, en ocasiones, está acompañado por facilitadores pares que codirigen el proceso. Este tipo de intervención tiene como objetivo consolidar, ampliar y complementar la red social de la persona que atraviesa alguna dificultad sin recibir apoyo o cuando el apoyo que recibe en sus redes de apoyo social no es adecuado. Igualmente, ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismas. También les proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otras personas, y descubrir que cuenta con apoyo. Entre las funciones principales de los grupos de apoyo se encuentran el apoyo emocional, apoyo social, educación e información, promover el desarrollo de destrezas, oportunidad para la autorrevelación, aprendizaje mediante modelado e imitación de conductas y, aparte, es un lugar seguro para intercambiar ideas acerca de cómo lidiar con temas difíciles. Integrar esta estrategia como parte de los servicios que reciben las personas con diagnóstico positivo al VIH, podría

ser un factor positivo en la adherencia al tratamiento. Dirigirla a poblaciones específicas podría considerarse también como una estrategia eficaz.

Apoyo de Personal Médico y Terapeutas

La relación y la comunicación establecida entre el personal médico y sus pacientes es sumamente importante para asegurar la adherencia a tratamientos. Las relaciones con el personal de salud en las que predomina el control médico suelen ser fuente de tensiones y frustraciones en las personas (Martin et al., 2009). Una relación médica saludable debe estratégicamente basarse en el optimismo y la confianza (Herrera, C. et. al., 2008). De esto surge la recomendación a que se dediquen grandes esfuerzos y estimulen las habilidades comunicativas en profesionales del sector salud, ya que tienen un rol en la adopción de estilos de vida saludables en sus pacientes, más cuando se trata personas con condiciones crónicas como el VIH. Estas personas demandan cuidados particulares para evitar la adquisición de infecciones oportunistas, que pongan en riesgo la calidad y esperanza de vida como consecuencia de la vulnerabilidad a la que se expone el sistema inmune. Desarrollar y mantener una buena comunicación entre personal médico y pacientes es uno de los aspectos importantes, aunque no el único, para asegurar resultados óptimos en los tratamientos y mejorar la calidad de vida de las personas con diagnóstico positivo al VIH. De igual manera, es fundamental la necesidad de superar el estigma y la discriminación del cual estas personas son objeto dentro del entorno de servicios de salud, ya que esto también interfiere en la relación médico-paciente, produciendo en éste inhibición y falta de motivación para sostener un tratamiento y, por ende, ser adherentes. Por tanto, se requiere un esfuerzo constante en mantener capacitado al personal médico tanto con las destrezas necesarias para atender a esta población como con las actualizaciones médicas que la condición amerita.

Elementos adicionales que influyen en la Retención y Adherencia

Además de lo expuesto previamente, existen múltiples elementos y factores adicionales que inciden de manera positiva o negativa en el tratamiento. La siguiente tabla categoriza varios de los factores que inciden en la adherencia al tratamiento VIH. Estos están agrupados bajo dos grandes categorías que incluyen factores personales y factores sociales interpersonales (Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015).

FACTORES PERSONALES		
Categoría	Factor	
Características sociodemográficas	• Edad • Nivel de Ingreso Familiar • Vivienda • Nivel Educativo	• Condición SocioEconómica • Sexo • Género • Estado Civil
Factores cognitivos	• Creencias sobre el TAR • Conocimientos • Autoeficacia	• Percepción de riesgo y de vulnerabilidad • Creencias sobre la

FACTORES PERSONALES	
Categoría	Factor
	• Olvido del TAR y sus recomendaciones • enfermedad • Autocontrol
Factores de la motivación	• Intención de no tomarse el medicamento • Actitud positiva hacia los medicamentos • Recordar el estatus seropositivo al tomar TAR • Insatisfacción con el TAR
Factores emocionales	• Presencia de indicadores de trastornos depresivos, ansiedad y de estrés • Presencia de estados afectivos y emocionales positivos

Dentro de los factores sociales e interpersonales, los/as autores destacan la percepción de apoyo social, la relación entre el médico y la persona tratada, ocultar el diagnóstico y el estigma como los elementos que más influyen dentro de esta categoría. Además, plantean una serie de factores relacionados con la condición y el tratamiento que van más allá de factores personales y que igualmente tienen gran efecto en la adherencia. Dichos factores son los siguientes:

FACTORES DEL TRATAMIENTO	
• Efectos adversos de la TAR	• Costo del tratamiento
• Complejidad del régimen terapéutico	• Interrupción o modificación del régimen terapéutico
• Interrupción de la rutina diaria y el estilo de vida	• Características del medicamento
• Perfil clínico y progresión de la enfermedad	• Tiempo de tratamiento
• Tiempo de diagnóstico, carga Viral y CD4, estadio del VIH	• Vía de transmisión
• Comorbilidad con otra enfermedad	• Eficacia terapéutica

Estigma

Encuestas realizadas en los Estados Unidos indican que la mayoría de las personas adultas mayores con diagnóstico positivo al VIH (80%) han experimentado estigma (Jonathon et al., 2019). La encuesta reportó que el estigma hacia el VIH está relacionado a un gran número de aspectos negativos que incluyen depresión, soledad y uso problemático de sustancias, entre otros. Este estigma se ha destacado en la literatura como uno de los factores más sobresalientes asociados tanto con el bienestar psicológico como en la salud inmunológica. Lo que sugiere que el estigma es un factor crítico para

considerar en el desarrollo de intervenciones para las personas con diagnóstico positivo al VIH. Esto, ya que existe vasta evidencia sobre cómo el estrés psicológico impacta negativamente su salud inmunológica.

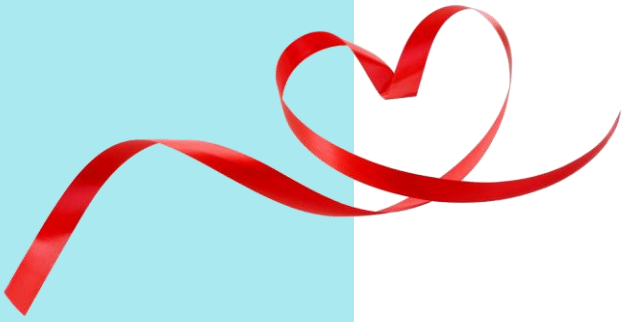
En el caso de estigma intrafamiliar, si la percepción de la condición en la familia incluye elementos de juicio o se percibe la misma como "vergonzosa", se afectará tanto a la persona que la padece, como a su familia. El estigma suele crear desestabilización en múltiples aspectos de la persona con diagnóstico positivo al VIH. La presencia de estigma puede llevar a la persona a un estado de crisis que afecte sus decisiones y las acciones de cuidado ocurran como un "secreto de familia". Debido a esto, con mucha frecuencia la atención al diagnóstico no ocurre de manera oportuna y, cuando lo hacen, las decisiones acerca de cuándo, a quién consultar sobre el tratamiento ya se han tomado de manera inadecuada. Este atraso en la atención al diagnóstico puede poner en riesgo el estado de salud de la persona (Marín et al. 2013).

Un estudio realizado en Puerto Rico por Toro et al. (2004), exploró experiencias de personas con diagnóstico positivo al VIH. Este reportó que, dentro de los obstáculos que estas personas mencionaron enfrentar con mayor frecuencia fue el estigma relacionado con el VIH. Quienes participaron de este estudio expresaron que las actitudes negativas aún existen en nuestra sociedad y que las mismas hacen más difícil su vida diaria, sus relaciones personales y el poder involucrarse en redes de apoyo. Por ejemplo, algunas personas mencionaron no poder revelar su estado serológico en el trabajo y evitar hablar del tema frente a familiares. Por otro lado, mencionaron que la sociedad todavía asocia el VIH con las personas homosexuales, lo que hace que la estigmatización sea aún más severa. Según las personas participantes de este estudio, el proceso de estigmatización sobrepasa las relaciones interpersonales. Evidencia también que las posturas que toman los/as profesionales de la salud haciendo que el acceso a servicios de salud sea difícil y que su calidad sea menor. Esta realidad revela que no se origina solamente en la falta de información sobre el virus, sino que tiene raíces sociales y culturales profundas que podrían estar vinculadas con asuntos morales. La asociación del VIH con aspectos morales lleva a tratos discriminatorios y servicios de baja calidad que afectan de manera adversa la adherencia y los resultados del tratamiento. Esto puede llevar a que las personas "engañen" al personal médico respecto a diagnósticos positivos al VIH si se percibe que el mismo pasa al terreno de lo moral, decir "la verdad" se podría volver vergonzoso (Herrera et al.,2008).

Todos estos factores antes mencionados confirman la complejidad y la cualidad multidimensional de la adherencia al tratamiento y que, a su vez, inciden en la retención. Esto levanta la importancia de crear conciencia sobre las múltiples variables a considerar al momento de establecer el tratamiento para que este sea congruente con el perfil de la persona tratada tomando en cuenta su individualidad y la diversidad de factores que podrían estar incidiendo en su cuidado. Resulta vital que el personal médico y personal de apoyo exploren y consideren el entorno dentro del plan de salud de la persona para alinear el

mismo a un contexto que no represente una barrera sino una fuente de apoyo y que se puedan identificar herramientas que le permitan mantener su tratamiento y acciones de cuidado para su condición de VIH.

POBLACIONES CLAVES





La adherencia representa un desafío para el personal de salud que atiende personas con diagnóstico positivo al VIH debido a que es importante considerar las dimensiones clínicas, inmunológicas y socioculturales de estas personas. Amerita conocer las causas de los abandonos de seguimiento de cuidado o la frecuencia irregular en el servicio, así como las lagunas en la continuidad del tratamiento antirretroviral (De Mello et al., 2013). Por lo tanto, hay una necesidad de ampliar la discusión sobre el tema, con el fin de evaluar el control de la salud de personas con diagnóstico positivo al VIH de acuerdo con sus circunstancias y las exigencias de la vida diaria, así como la educación para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, mantenimiento y recuperación de la salud de esta población. Todo esto requiere un modelo de atención multiprofesional que considere las necesidades individuales y colectivas de esta población, el aumento de la adherencia a la terapia antirretroviral y, en consecuencia, la reducción de la morbilidad y mortalidad y mejorar la atención de salud (De Mello et al., 2013).

Dentro de la población de personas con diagnóstico positivo al VIH, existen grupos vulnerabilizados que enfrentan barreras individuales y sociales que les dificultan tanto el acceso como la adherencia y retención al tratamiento para el VIH. Entre estos se encuentran la población de personas adultas mayores, personas sin hogar, jóvenes y mujeres. La atención especializada a los perfiles de salud y sociales de estas poblaciones, resultan vitales al momento de diseñar un tratamiento adecuado. La siguiente sección, resume elementos individuales, sociales y de salud de estas poblaciones que inciden en la retención y adherencia al tratamiento de VIH. Se destacan en esta próxima sección, variables importantes que deben incluirse como parte integral de un diseño abarcador que garantice una atención adecuada y exitosa en estos grupos.

Personas Adultas Mayores

En un mundo que envejece, las personas adultas mayores constituyen una parte significativa y creciente de las personas seropositivas en la población. El "envejecimiento" de la epidemia del VIH es más evidente que nunca con más de la mitad de la población con diagnóstico positivo al VIH de los Estados Unidos siendo mayor de 50 años para 2015 (Ghidei et al. 2013). En el 2001, las personas de 50 años o más representaban aproximadamente el 17% de las personass adultas que vivían con el VIH en los Estados Unidos, este número aumentó a 31% en el 2008 y a 47% en el 2015 (Jonathon, H., 2019 en Czarna, M. & Castillo-Mancilla, J., (2020). En Puerto Rico se han reportado 50,912 personas con un diagnóstico positivo al VIH durante el periodo acumulado 1980 – 2021. Las personas mayores de 50 años representan el 13.3% (N=6,779) de los diagnósticos acumulados, según reportados al Programa de Vigilancia de VIH

hasta el 31 de diciembre del 2021. Tres de cada cuatro personas adultas mayores de 50 años diagnosticadas con el VIH son hombres. El modo de transmisión principal del virus es el contacto heterosexual sin protección (52%).

El envejecimiento de la población con diagnóstico positivo al VIH es el resultado tanto de una incidencia creciente del VIH en personas adultas mayores como de una esperanza de vida drásticamente mejorada debido a los avances en la terapia antirretroviral (TAR). Estos medicamentos han cambiado el manejo del VIH de un modelo de enfermedad terminal a un modelo de atención de enfermedad crónica. Este cuidado requiere un enfoque interdisciplinario utilizando principios de geriatría y manejo de enfermedades crónicas. Las personas adultas mayores con diagnóstico positivo al VIH experimentan un aumento de las comorbilidades además de un envejecimiento físico y cognitivo acelerado (Ghidei et al., 2013). Por otra parte, es importante tener en cuenta que estas personas representan una población en aumento. Según la OMS (2015), a nivel mundial, la proporción de personas mayores de 60 años ha aumentado rápidamente. En el año 2015 se presentó un porcentaje del 12% (1100 millones) y se estima que para el año 2050 se duplique este valor al 22% (2000 millones) (Zamudio-Rodríguez et al., 2016).

Salud: Las personas adultas mayores con diagnóstico positivo al VIH experimentan un aumento de las comorbilidades además de un envejecimiento físico y cognitivo acelerado. Esto puede hacer de la adherencia un desafío ya que dichas comorbilidades también incluyen pérdida de memoria, cambios en la composición corporal y/o limitaciones físicas, los efectos adversos y toxicidad de los medicamentos debido a la edad, disminución fisiológica de las funció renal y hepática. Sin embargo, según la literatura, estas personas pueden lograr un manejo exitoso del VIH similar a personas más jóvenes si se adhieren de manera óptima a la TAR. (Nguyen N. & Holodniy M., 2008)
El VIH supone un modelo de “envejecimiento acelerado” debido a que las personas afectadas pueden desarrollar diversos síndromes y/o condiciones médicas, vistos tradicionalmente en la vejez, incluso hasta 15 años más temprano que en las personas no infectadas. Según Zamudio-Rodríguez et al. (2016) las personas adultas mayores experimentan el síndrome de fragilidad, lo que describe un estado de gran vulnerabilidad y pobre resiliencia. La mayor incidencia de este síndrome se relaciona estrechamente con el paso del tiempo, y su presencia se asocia con el incremento de desenlaces adversos para la salud, tales como discapacidad, mortalidad y deterioro cognitivo (Zamudio-Rodríguez et al., 2016).

Factores Sociales: Las personas que viven con VIH, particularmente adultas mayores, se enfrentan a múltiples desafíos sociales para mantener el bienestar emocional. El estigma es uno de los factores sociales que afectan grandemente el tratamiento y la salud de esta población. Muchas veces se combina con el racismo, el sexismo, la homofobia, y la discriminación contra las personas mayores, creando barreras hacia los servicios que necesitan. Igualmente, este

puede tener un fuerte impacto sobre la salud y el bienestar causando que estas se aíslen, se atemoricen y que eviten servicios médicos y de cuidado. Esto puede impedir que busquen apoyo y ayuda de sus familias, grupos de apoyo u organizaciones comunitarias, reduciendo la efectividad de los esfuerzos de prevención contra el VIH (Ernst et al., 2008).

Muchas veces, las personas adultas mayores también enfrentan la pérdida del apoyo económico porque ya no cuentan con un trabajo estable o con ayudas económicas. Esto trae como consecuencia falta de acceso a las necesidades básicas, como alimentos, ropa, acceso limitado a los servicios de salud y poca utilización de estos por dificultades de transporte y alto costo de los servicios. La discriminación y actitudes negativas de los proveedores de servicios de salud hacia estas personas, debido a su edad y por vivir en el entorno del VIH/SIDA, aumenta los riesgos de estrés físico y emocional que podrían rayar en el maltrato (Ernst et al., 2008).

Adherencia: Comprender las tendencias de adherencia al TAR entre personas adultas mayores es fundamental, especialmente a medida que dicha población envejece (Ghidei, L., et al. 2013). Curiosamente, estas personas muestran una mayor tolerancia al tratamiento, porque expresan menos motivos, como las náuseas y la cantidad de píldoras, para cambiar de tratamiento. Las personas mayores pueden tener más experiencia en la toma de medicamentos, seguir regímenes más complejos o tener más comorbilidades que personas más jóvenes, lo que lleva a menos quejas al tratamiento o cargas percibidas. La complejidad de la medicación es un componente importante de la adherencia, al igual que la edad, y muchos otros factores psicosociales.
En personas mayores de 65 años, el uso de drogas y alcohol representa una barrera a la adherencia a tratamiento médico (Jonathon et al., 2019). Se ha demostrado que el uso de sustancias predice una progresión más rápida de la enfermedad, las enfermedades relacionadas con el SIDA y la muerte. El uso de estimulantes puede acelerar la progresión del VIH, independientemente de la adherencia al TAR.

Generalmente se considera que las personas adultas mayores tienen un mayor riesgo de incumplimiento de tratamientos con medicamentos debido a factores como la complejidad de la medicación, los efectos secundarios, el costo y el deterioro cognitivo. Sin embargo, esta generalización puede no aplicarse a personas mayores con diagnóstico positivo al VIH. La literatura reporta que es más probable que estas personas se adhieran a la terapia antirretroviral. Aunque existen múltiples métodos para medir la adherencia (autoinforme, monitores de dispositivos electrónicos, concentraciones de medicamentos, laboratorios), actualmente no existe una medida de adherencia estándar o evidencia suficiente para sugerir un método preferido en pacientes mayores. La alta adherencia autoinformada entre esta población mayor, validada por laboratorios de cargas virales más bajas, puede estar relacionada con factores como la familiaridad de pacientes mayores con el uso de medicamentos para enfermedades crónicas, una mayor conciencia del VIH

como una enfermedad que requiere una alta adherencia a la medicación, y los esfuerzos educativos del paciente (Wutoh et al., 2001).

Estrategias: Algunas de las estrategias recomendadas por la literatura para mejorar la adherencia a tratamiento incluyen:

1. Promover y facilitar comportamientos que apoyen la capacidad general de las personas adultas mayores a mantener y mejorar su salud, como lo son el mantener hábitos saludables (alimentación saludable, cesación de fumar, reducción y/o cesación de alcohol/sustancias y el acceso a servicios/ayudas psicosociales). Facilitar servicios con enfoque preventivo, incluyendo monitorear y/o facilitar servicios y/o referidos para diferentes necesidades médicas y psicosociales (ej. seguimiento con médicos primarios o especialistas, servicios de salud mental y/o enlace a servicios sociales).
2. Brindar apoyo psicológico y asesoramiento a las personas, sus cuidadores/as y/o círculos cercanos, ya sea en centros asistenciales o en el hogar con el fin de comprender necesidades, facilitar tratamiento y enlazar a servicios pertinentes. Velar por los/as cuidadores/as como mecanismo para promover el cuidado efectivo e integrado de la persona adulta mayor.
3. Capacitar e informar a la población sobre el VIH/SIDA y otros temas afines, con el fin de promover el envejecimiento saludable, el autocuidado y la reducción del doble estigma (ej. VIH y vejez), así como otros prejuicios que existen ante VIH, la sexualidad y envejecer.
4. Concebir políticas e iniciativas para fortalecer la capacidad de las personas adultas mayores con diagnóstico positivo de VIH, por ejemplo, apoyo económico mediante subsidios, educación y recursos necesarios para una mejor calidad de vida (Ej. vivienda, asistencia médica-física, alimentos, gestión de actividades sociales-educativas y mecanismos alternos para asesar servicios, como las visitas al hogar, alternativas para el despacho de medicamentos y el uso de la tecnología para recibir servicios de salud).
5. Por otra parte, se plantea que, a los 50 años, las personas con diagnóstico positivo de VIH son aún jóvenes. Por lo que un enfoque dirigido a envejecer saludablemente, es decir la prevención sería lo más efectivo. Promover la actividad física, la nutrición, el control del uso de sustancias ilícitas y/o controladas, la conexión social y la salud mental-cognitiva, podría contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de estas personas (Young-Karris, M., University of California). Preparase para esta etapa de vida con apertura, flexibilidad y apoyo permitirá el mantenimiento de la adherencia y de la salud.

Personas Sin Hogar

Introducción: El Departamento de Salud y Servicios Humanos en la sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública (42 U.S.C. 254b) considera o define a una persona sin hogar a cualquier individuo sin vivienda permanente que puede: vivir en la calle, refugio, albergue, edificio o vehículo abandonado, o en cualquier otra condición inestable o no permanente. Esta descripción se establece con la intención de eliminar el estigma vinculado al concepto de deambular (deambulante). De igual modo, la circular 99-12 del Programa de Asistencia de la Oficina de Atención Primaria de la Salud, amplió la definición de la deambulancia e integró dentro del término a las personas que salen de prisión o aquellas que salen del hospital y no cuentan con una vivienda a la cual regresar.

En enero de 2019 en Puerto Rico se llevó a cabo el *Conteo de Personas sin Hogar*. Este estudio reportó un total de 2,535 personas con condiciones inestables de vivienda en los 78 municipios. La muestra incluyó individuos o familias con una residencia nocturna primaria tales como lugares públicos no diseñados para ser o normalmente utilizados por los seres humanos como un lugar regular de alojamiento para dormir, entre ellos un auto, parque, edificio abandonado, estación de autobús, aeropuerto, o zona de acampar. Igualmente se identificaron personas o familias viviendo en albergues supervisados operados por una entidad pública o privada, designados para proporcionar vivienda temporera (incluyendo albergues de emergencia, vivienda transitoria, hoteles y moteles pagados por organizaciones benéficas o por programas del gobierno local, estatal o federal, para personas de bajos ingresos). El estudio reportó que el 7.1% de las personas identificadas deambulan en núcleos o familias. Además de las personas identificadas como personas sin hogar en el conteo, se contabilizaron 2,227 personas en los proyectos de vivienda permanente de los Sistemas de Cuidado Continuo. Estas son personas que, aunque en algún momento estuvieron en la calle, no se consideran personas sin hogar porque a la fecha del estudio estaban ubicadas en proyectos de vivienda permanente o realojamiento rápido.

En el Conteo de Personas sin Hogar, de las 2,535 personas identificadas 92.3% tenían 24 años o más, 3.4% tenía entre 18 a 24 años y 4.3% correspondían a personas menores de 18 años (estas no vivían solas). Del total de la muestra (2,535) 925 (36%) tenían 50 años o más. Dentro de este perfil de edad, el 79% fueron hombres y el 13% mujeres. Ningún participante se reportó como transgénero u otra categoría de género. Dentro de las razones por las cuales las personas identificadas reportaron estar sin hogar se encuentran las siguientes:

- Abuso de Drogas/ Uso Problemático de Drogas:38.3%
- Problemas Familiares: 28.9%
- Problemas Financieros o Económicos 18.4%
- Desempleo: 15.3%

- Abuso de Alcohol / Uso Problemático de Alcohol: 14.0%
- Problemas de Salud Mental: 11.8 %
- Consecuencia de los Huracanes Irma o María: 9.1 %
- Situación de Violencia de Género/ Doméstica o de Pareja/Agresión Sexual/Acoso/Violencia en Cita: 5.2%
- Desahucio: 3.9%
- Consecuencia de otros Desastres Naturales u Ocasionados por el Hombre (Fuego, Inundaciones, etc): 2.2%

Ser habitante de la calle crea un contexto en el cual la persona se enfrenta a escasos recursos materiales, aislamiento social, acceso inadecuado a la atención de la salud y circunstancias que hacen que sea difícil mantener prácticas higiénicas básicas. La falta de vivienda ha demostrado ser un problema duradero que genera sufrimiento, así como una carga compleja en el sistema de salud (Barbesí, et al 2014). Esto implica también estar sometido a una serie de condiciones que ponen en deterioro el estado de salud de dichas personas y que, por ende, perjudican su calidad de vida disminuyendo a la vez los años potencialmente sanos y su esperanza de vida. Esta situación en un problema de implicaciones sociales, médicas, económicas y políticas entre otras. Esta alta morbilidad, puede significar mayores costos en la atención en salud.

Salud: Se ha documentado que las personas sin hogar tienen altas tasas de enfermedad física, enfermedad mental. Presentan mayor riesgo de hospitalización, por un gran número de comorbilidades que llevan a a estas personas a transmitir y/o contraer enfermedades tanto crónicas como infecciosas siendo estas últimas las más letales. Esto último debido a que es una población que acude poco a los servicios de salud, bien sea por algún tipo de restricción o por falta de preocupación y cuidado sobre sí mismos/as. Es también una población flotante que se expone además a ser personas que transmitenenfermedades como tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, VIH, Hepatitis C, entre otros. También hay un predominio de enfermedades como la disentería por el consumo de alimentos en descomposición, trastornos psiquiátricos, dependencia de sustancias psicoactivas y enfermedades de tipo respiratorio, entre otras (Tirado, A. & Correa, M., 2009).

Factores Sociales: Generalmente, el cuidado de la salud no es una preocupación prioritaria para esta población. Las diferentes carencias a las que se exponen llevan a estas personas a poner el cuidado de la salud en un rango más bajo de atención. En ocasiones, enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud. Algunas de estas barreras son pocos recursos económicos, la falta de conocimiento sobre la ruta de acceso, el desconocimiento de sus derechos, la falta de un apoyo para ingresar a estos servicios y una actitud negativa de los/as proveedores de salud a la hora de prestar atención a dicha población, entre otras barreras. Esta última barrera puede explicar el que una de las causas para no buscar servicio sea la desconfianza y desagrado hacia el

personal de salud (Berbesí, et al, 2014). La exclusión social que sufre el habitante de la calle por parte de las instituciones y de la población en general también pueden llevar a la no utilización de los servicios de salud o a que su uso sea inadecuado.

Gran parte de los casos de personas sin hogar son personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Esta es otra de las razones por las cuales muchas de estas personas no acuden a los servicios de salud debido a que allí no podrán consumir este tipo de sustancias desarrollando el llamado síndrome de abstinencia. Esto,
además del miedo a sufir arrestos por las autoridades, pues muchas veces se involucran en actividades ilícitas. Razones que influyen también en que tampoco acudan a lugares de apoyo como los albergues donde les brindan ayuda alimentaria, de higiene y hasta de salud, debido a que, en estos lugares, aparte de encontrar la situación anteriormente descrita, también se ven restringidos a cumplir ciertos horarios para ingresar y salir de dicho lugar. Situaciones como las anteriores son encontradas como causas de no uso de los servicios de salud (Cruz-Terán, et al., 2006).

Adherencia: Con relación a la adherencia en las personas sin hogar con diagnóstico positivo al VIH, cabe destacar que estas pueden tener menos probabilidades de adherirse a las demandas de regímenes de tratamientos médicos complejos y que es más probable que se involucren en comportamientos sexuales o de consumo de drogas de alto riesgo (Friedmana et al., 2009). Las personas con diagnóstico positivo al VIH y no tienen hogar enfrentan cargas adicionales que no enfrentan las personas sin hogar sin VIH. Por ejemplo, las personas con diagnóstico positivo a VIH necesitan un mayor acceso a una atención médica integral, y las barreras para la atención, incluida la falta de recursos financieros, la falta de transporte y la cobertura de seguro médico insuficiente (o inexistente), pueden agravarse entre las personas sin hogar que tienen la condición (Kidder et. al, 2007).

Las personas con diagnóstico positivo al VIH sin hogar también pueden tener dificultades para cumplir con los regímenes de medicamentos antirretrovirales recetados para el VIH debido a que estos regímenes pueden ser complejos y a menudo implican restricciones sobre cuándo y cómo deben tomarse y almacenarse los medicamentos. Además, estos medicamentos pueden tener efectos secundarios, como diarrea recurrente, que son especialmente problemáticos para las personas sin hogar que no siempre tienen acceso a servicios sanitarios. Esto puede levar a que personal médico crea que las personas sin hogar no serán adherentes y, por lo tanto, pueden ser renuentes a recetarle medicamentos antirretrovirales dado que una adherencia inadecuada puede conducir a la resistencia a los medicamentos (Kidder et al., 2007).
Estrategias: Entre las estrategias recomendadas para atender las necesidades particulares de la población de personas sin hogar, la literatura destaca las siguientes:

1. Profesionales de la salud que trabajan con personas con diagnóstico positivo al VIH deben conocer la relación entre el uso de sustancias y el comportamiento de riesgo del VIH con la adherencia al tratamiento en las poblaciones sin hogar o con viviendas inestables. Como parte de la prestación de atención médica a esta población, los centros de provisión de servicios de salud deben evaluar el uso y el abuso de sustancias entre las personas con diagnóstico positivo al VIH sin hogar, proporcionar mensajes de reducción del riesgo y hacer referencias al tratamiento por abuso de sustancias según corresponda (Friedmana et al., 2009). Igualmente, el uso de drogas inyectables se asoció con la interrupción del tratamiento. Estos hallazgos coinciden con otros estudios en los cuales se reporta que las personas consumidoras de de drogas inyectables tienen un alto riesgo de interrupción del tratamiento ya que el uso de drogas inyectables se ha identificado como un factor de riesgo de mala adherencia (Moss et al., 2004).
2. Otro de los aspectos que el personal médico que trata a personas sin hogar tiene que atender son los problemas de salud mental (Moss et al., 2004). La depresión ha sido identificada repetidamente como un predictor de no adherencia en estudios sobre el VIH y otras enfermedades. Además, se destaca como predictor de mortalidad en personas en la tercera etapa del VIH (SIDA). Las condiciones de vida a las que se enfrentan estas personas son factores de riesgo para múltiples afecciones emocionales y condiciones de salud mental. Por lo que el cernimiento de esta dimensión de la salud es necesario e influyente en el tratamiento.
3. Al hablar de una población con un perfil socioeconómico delicado en las personas sin hogar con diagnóstico positivo al VIH que destaca la exploración y consideración de elementos clínicos y sociales al momento de diseñar el tratamiento. Estos requerimientos implican el poder contar con recursos multidisciplinarios que puedan atender las dimensiones de vida y de salud necesarias para poder ofrecerle un buen cuidado y calidad de vida a estas personas.

Jóvenes

La población de adolescentes y jóvenes representan una proporción cada vez mayor de personas con diagnóstico positivo al VIH en todo el mundo. Los diagnósticos positivos al VIH entre adolescentes y personas adultas jóvenes siguen siendo un problema en aumento durante los últimos años (Lightfoot et al., 2005). Las muertes relacionadas con el SIDA entre adolescentes y jóvenes aumentaron en un 50%, mientras que han disminuido entre todos los demás grupos de edad (Reif et al., 2020). Algunos grupos de jóvenes incurren en conductas de un riesgo relativamente mayor de contraer infecciones por el VIH que otros grupos, en particular los hombres jóvenes homosexuales o bisexuales, así como los jóvenes afroamericanos y latinos que tienen sexo sin protección (Lightfoot et.al, 2005).

El período de la adolescencia y la juventud se caracteriza por ser un período de gran crecimiento y desarrollo fisiológico y mayor deseo de independencia de los padres, tutores o cuidadores y mayor asunción de riesgos, lo que agrega otra capa de complejidad (Arnett, 2004). Durante este periodo tanto adolescentes como jóvenes suelen carecer de autonomía financiera, son propensos a la presión de sus pares y pueden tener habilidades limitadas para resolver problemas. Es un período de transición tanto fisiológica como social a la edad adulta, durante el cual desarrollan características sexuales secundarias y adquieren niveles crecientes de independencia y responsabilidad. Toda esta trayectoria de desarrollo normal de la adolescencia y la edad adulta joven implica la experimentación conductual y enfrentar una serie de decisiones difíciles con respecto a las relaciones románticas, el comportamiento sexual, el consumo de alcohol y drogas, y la formación de la identidad (Arnett, 2004). Durante esta etapa de desarrollo, el inicio de la actividad sexual es común y puede incluir conductas de riesgos que exponen a las personas jóvenes a la adquisición de ITS e incluso a embarazos tempranos. La complejidad de este periodo se agrava en personas jóvenes con diagnóstico positivo al VIH y personas adultas emergentes, quienes deben superar estas etapas de desarrollo en el marco de una enfermedad crónica y estigmatizante. La adherencia a la medicación puede ser particularmente difícil en un momento de la vida en el que los y las adolescentes no quieren ser diferentes o que se les perciba como diferentes de sus pares.
Además, los procesos de desarrollo, como el pensamiento concreto, pueden contribuir a las dificultades para tomar medicamentos cuando estos no presentan síntomas, particularmente si los medicamentos tienen efectos adversos graves (Reisner et al. (2009).

Adherencia: Como se ha expuesto, la adolescencia es un período de transición crítico caracterizado por un crecimiento y cambios físicos, biológicos, intelectuales, conductuales y emocionales tremendos y únicos. Por esta razón, es especialmente importante que el impacto potencial en la adherencia al

tratamiento se distinga del apoyo al tratamiento para personas adultas y niños/as. Los y las adolescentes no son niños/as ni adultos/as y suelen tener una adherencia deficiente a los regímenes farmacológicos para muchas enfermedades crónicas. La adherencia al TAR se complica aún más por el estigma relacionado con el VIH. Según Reif et al. (2020), las principales barreras para la adherencia al TAR para adolescentes y jóvenes se pueden dividir en 3 categorías: 1) factores a nivel individual de la persona (nivel socioeconómico, estigma), 2) factores de los servicios de salud (tiempos de espera en la clínica, disponibilidad de medicamentos, calidad de la atención) y 3) factores de medicación (dosis, gran cantidad de píldoras, efectos secundarios).

En entornos con recursos limitados, factores externos como la pobreza, la escasez de alimentos y el estigma relacionado con el VIH influyen de forma aguda en la adherencia al TAR y los resultados del VIH (Ej; alcanzar la supresión viral y la adquisición de enfermedades oportunistas). Por otra parte, se ha encontrado que la no adherencia en personas jóvenes con VIH es asociada con la dependencia financiera. La dependencia financiera es un predictor de adherencia en jóvenes ya que está vinculada a la capacidad de comprar medicamentos. Igualmente lo es el no cualificar para ayudas de bienestar social porque tomen en consideracion ingresos de sus padres, tutores o cuidadores, composición familiar, etc. La literatura destaca constantemente entre las principales razones para la falta de adherencia en jóvenes la falta de seguro de salud, factores sociales y psicológicos, rutina diaria inconsistente, olvido, efectos de la medicación, y no comprender la necesidad de tomar la medicación cuando se sienten bien. Igualmente se destaca mucho el miedo a la revelación como uno de los principales factores que dificulta el que busquen servicios de salud y cuidado. Es importante tener presente que ese miedo a la revelación puede incluir tanto el miedo a la revelación de diagnóstico positivo a VIH como miedo a la revelacion de conductas o prácticas sexuales que llevan a cabo.
Los hábitos de autocuidado, en general, tienden a ser mejores a medida que aumenta la edad. Usualmente, las personas jóvenes piensan que, a su edad, la probabilidad de enfermar es baja, mientras que, al entrar a la adultez, aumenta la percepción de riesgo con relación a su salud, y por tanto, aumentan las medidas de prevención. Así mismo, a mayor edad, se estima que las personas cuentan con mayores recursos y estrategias de afrontamiento, lo que les permite hacer frente a situaciones evaluadas como peligrosas, desbordantes y estresantes. Esto incluye a la adherencia al tratamiento como parte de los comportamientos para el cuidado de la propia salud (Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015).

Estrategias: Como se ha destacado previamente, la población de adolescentes y jóvenes enfrentan una variedad de barreras para la adherencia al TAR, que evolucionan a medida que se desarrollan física, emocional y socialmente. Las intervenciones diseñadas para abordar un desafío específico único, como el olvido, pueden ser insuficientes (Reif et al., 2020). Hasta la fecha, las intervenciones dirigidas individualmente no han mostrado efectos significativos sobre la adherencia, pero las intervenciones de los servicios de

salud que mejoran la atención en la clínica con la atención en el hogar parecen prometedoras (Reif et al., 2020). Es necesario comprender los factores psicosociales asociados con la no adherencia para informar las intervenciones para mejorar el autocuidado y los resultados de salud en esta población vulnerabilizada (Naar-King et al., 2006).

Además, elementos como el pensamiento concreto, que puede estar presente como parte de los procesos de desarollo, pueden contribuir a las dificultades para tomar medicamentos cuando los y las adolescentes no muestran síntomas, particularmente si los medicamentos tienen efectos adversos graves (Reisner et al., 2009). Las intervenciones pueden considerar el desarrollo de habilidades en torno a la toma de medicamentos durante un tiempo específico que se integra en un comportamiento de rutina, como después de cepillarse los dientes o desayunar (Arnett, JJ., 2004).

Entre las estrategias más prometedoras para mejorar la adherencia al tratamiento entre jóvenes con diagnóstico positivo al VIH la literatura destaca las siguientes:

1. Diseño de intervenciones abarcadoras que incluyan elementos tales como la educación tanto al/la adolescente como a las personas que le brindan cuidado, el autocontrol, el apoyo de pares y el seguimiento telefónico. De acuerdo con las intervenciones de adherencia de personas adultas, las estrategias de componentes múltiples tienden a ser más efectivas para mejorar la adherencia deficiente. Lo que sugiere la posibilidad de intentar estas estregias en intervenciones dirigidas a otras poblaciones ya que otra a razón comúnmente citada para la falta de adherencia a la medicación entre jóvenes es "simplemente olvidar". Las intervenciones que incluyen regímenes de tratamiento simples con una dosis diaria buscan abordar esta barrera para la adherencia (Reisner et al., 2009).
2. Dada la variedad de factores complejos asociados con la no adherencia, se pueden justificar diferentes conjuntos de intervenciones dirigidas que se centren en poblaciones específicas de jóvenes (por ejemplo, personas sin hogar, minorías sexuales, personas con uso problemático de sustancias) (Reisner et al., 2009).
3. Por último, la literatura sugiere examinar la adherencia dentro de los problemas contextuales más amplios presentes en la vida de las personas jóvenes, incluido el estigma y la divulgación del VIH, la imagen corporal, la ansiedad, el estrés de quienes le cuidan, las relaciones con pares y parejas, la salud mental, el uso de sustancias, y la duración del tratamiento con medicamentos, ya que estos pueden ser más importantes para comprender cuál es la mejor manera de intervenir con adherencia entre esta población.

Mujeres

Introducción: Como se ha mencionado previamente, los diversos grupos sociales tienen vulnerabilidades diferentes en términos de la prevención, riesgos acceso y cuidado del VIH. El tener presente estos elementos resulta clave para la adherencia a tratamiento. Según el Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CNPVS, 2021), una de cada cuatro personas con diagnóstico positivo al VIH en los Estados Unidos es mujer. Las mujeres tienen tasas de supresión viral más baja en comparación con otros grupos con diagnóstico positivo de VIH. Por cada 100 mujeres con diagnóstico positivo al VIH en 2018, 76 recibieron algún cuidado, 58 fueron retenidas en tratamiento y 63 fueron suprimidas viralmente. Esta información, resalta la necesidad de trabajar más para mejorar los resultados de tratamiento en esta población y aumentar las tasas en esta población (CNPVS, 2021).

Salud: En el caso de las mujeres, las vulnerabilidades persisten en diferentes dimensiones. Múltiples estudios destacan que las mujeres son más vulnerables biológicamente al VIH debido a que tienen una superficie mucosa genital más amplia que se expone al contacto con el virus durante las relaciones sexuales. Si bien existe una mayor cantidad del virus en el esperma que en el flujo vaginal, las mujeres son asimismo cuatro veces más vulnerables a otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que facilitan la transmisión del VIH (Allen y Torres (2008) en Almanza, A. & Gómez, A, 2017). Por otra parte, en las mujeres con diagnóstico positivo al VIH, pueden presentarse complicaciones específicas como infecciones vaginales frecuentes por cándida, vaginosis bacteriana, enfermedad inflamatoria pélvica severa, mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, problemas del ciclo menstrual, mayor riesgo de osteoporosis y entrar en la menopausia más joven o tener sofocos más intensos. Además, efectos secundarios diferentes y, en ocasiones más graves, de los medicamentos que tratan el VIH y el SIDA e interacciones de medicamentos entre algunas medicinas para el VIH y SIDA y anticonceptivos hormonales.

Un elevado porcentaje de mujeres con malestares ginecológicos, ITS, alteraciones citológicas en el cuello uterino y no realización del examen Papanicolaou en la periodicidad recomendada apunta hacia una alta vulnerabilidad en la dimensión de cuidado. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de rastrear regularmente a esas mujeres, con la finalidad de reducir la morbilidad de esas enfermedades, así como, la transmisión de algunas de ellas y del propio VIH. La ausencia de atención ginecológica en servicios especializados en el cuidado de mujeres con diagnóstico positivo al VIH, la dificultad de acceso, la irregularidad en la oferta de servicios de salud y la ausencia de educación en salud dirigida a la prevención del cáncer de cuello uterino, son elementos relacionados a la vulnerabilidad en la salud femenina (Cassamassimo et al., 2014).

Factores Sociales: Por otra parte, existen otras vulnerabilidades relacionadas a aspectos socioculturales. Entre estas, la dependencia económica y las diferencias de poder en las relaciones de pareja que generan una situación en la que las mujeres no tienen control sobre el momento y las condiciones de las relaciones sexuales. Las normas sociales de género limitan a las mujeres para hablar sobre la sexualidad o demostrar conocimientos sobre el tema (Allen y Torres, 2008). Esa desigualdad en las relaciones puede ocurrir desde el noviazgo, pero en el matrimonio pueden surgir otras situaciones que aumentan su vulnerabilidad. Entre estas, la dificultad para usar el condón por miedo al abandono de su pareja o a sufrir violencia, la disminución de las medidas preventivas en el marco de relaciones de confianza, o la falta de protección en las relaciones extramaritales, reguladas en forma diferencial de acuerdo con el sistema de género (Allen y Torres, 2008). Se ha señalado también que culturalmente lo femenino se suele construir desde la posición de "ser para el otro", lo que puede ocasionar en las mujeres una negación de sí mismas y de su autocuidado (Herrera et al., 2008).

Adherencia: Estudios sobre barreras de adherencia a tratamiento en mujeres latinas con diagnóstico positivo al VIH destacan que las responsabilidades vinculadas a la maternidad sumadas a las barreras de género son factores adicionales que inciden en la adherencia a tratamiento. Los estresores que enfrentan las mujeres como parte de la maternidad podrían afectar de manera negativa su adherencia a tratamiento Igualmente, datos sobre *pill skip,* reportaron que la presencia de desórdenes psiquiátricos y altos niveles de estrés mostraron una alta correlación con más ausencias a citas médicas (Mellins et al., 2003). Esta variable (asistencia a citas médicas) también se relacionó con la divulgación. Es decir, a menor divulgación a sus hijos/as sobre el diagnóstico menor cumplimiento en asistir a citas médicas. Esto resalta que lograr una óptima adherencia al tratamiento antirretroviral y servicios médicos para madres seropositivas al VIH es un gran reto. Al igual que en otras poblaciones, en el caso de las mujeres con uso problemático de sustancias o alcohol suelen tener menos probabilidades de adherencia a tratamiento. Esto reafirma que factores como la salud mental y el uso de sustancias son predictores fundamentales de la no adherencia a tratamiento en personas adultas con diagnóstico positivo al VIH a lo largo del tiempo, particularmente en mujeres que son madres.

Otras barreras para la adherencia farmacológica reportada por mujeres es el olvido, el malestar físico, el malestar emocional y las múltiples actividades con las que tienen que cumplir a diario (Almanza, A & Gómez, A., 2017). En el caso de la adherencia no farmacológica, se identificaron barreras personales y contextuales en diversas áreas, pero las áreas de alimentación y de salud sexual destacaron la necesidad de mayor atención por el riesgo que representan para la salud. Estudios cualitativos destacan que la adherencia en la población femenina resulta compleja por paradigmas creados en torno a la condición del VIH. Muchas veces las mujeres, al ser diagnosticadas con VIH, asumen sentimientos de culpabilidad frente a su diagnóstico. En múltiples ocasiones la

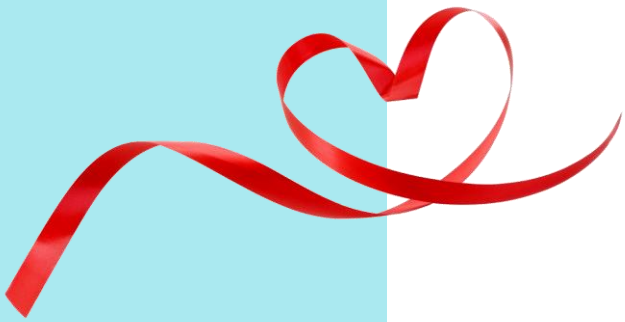
sociedad asume que han adquirido la infección por ser trabajadoras sexuales o por practicar una sexualidad riesgosa, sin el uso de métodos de protección alguno (Bermúdez-Román et al., 2016).

Apoyando los hallazgos de la literatura, la *Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV*, resalta también que la mayor vulnerabilidad de mujeres con diagnóstico positivo al VIH proviene de aspectos biológicos y de factores sociales, económicos, legales y culturales, con destaque para los papeles sexuales, las relaciones de poder desequilibradas y la aceptación de la sociedad de la violencia contra la mujer. Según la Agenda, estudios internacionales revelan que las desigualdades de poder con base en el género, así como las normas que rigen las relaciones estables, determinan bajo poder de negociación de las mujeres con relación al sexo seguro. La expectativa con relación a la maternidad es otro factor que contribuye para la práctica de sexo inseguro (Cassamassimo, M., García de Lima, C. & Rosário, L., 2014).

Estrategias: Todos estos elementos en conjunto reflejan un panorama complejo que lleva a múltiples barreras de acceso a cuidado que, a su vez, inciden en la adherencia a tratamiento. Por tanto, las estrategias a implementar con esta población deben ser lo suficientemente abarcadoras y sensibles para asegurar atender las necesidades especificas de las mujeres con diagnóstico positivo a VIH. Entre estas la literatura menciona las siguientes:

1. Llevar a cabo una evaluación integral y personalizada de la adherencia de mujeres con diagnóstico positivo al VIH, a fin de diseñar estrategias de intervención apropiadas que se ajusten a los casos particulares (Almanza, A. & Gómez, A, 2017).
2. Incluir servicios de salud mental, servicios sociales, tratamiento por uso problemático de sustancias y tratamiento médico puede ser una estrategia importante para promover la adherencia a tratamiento en esta población.
3. Igualmente, el tratamiento y las intervenciones de adherencia deben abordar circunstancias estresantes que compiten por los recursos limitados en el caso de las madres con diagnóstico positivo al VIH ya que estas a menudo se ven obligadas a tomar decisiones difíciles entre atender necesidades básicas como vivienda y cuidado para los miembros de la familia, y adherirse a su propio tratamiento médico.
4. La literatura también recomienda ofrecer asistencia ginecológica en servicios especializados, la identificación, diagnóstico y tratamiento de ITS y otras afecciones ginecológicas, así como el ofrecimiento de apoyo multidisciplinario que refuerce la autonomía femenina en la toma de decisiones protectoras, que contribuyan a la reducción de la desigualdad de género a que las mujeres están sujetas.

Estrategias Basadas en Evidencia para la Retención con Énfasis en Adherencia



Estrategias Basadas en Evidencia para la Retención con Énfasis en Adherencia

Ante la necesidad de contar con herramientas accesibles que ayuden a mejorar los servicios en aras de fortalecer la retención y adherencia, se han diseñado diversas estrategias que contribuyen a fortalecer estos elementos tan importantes dentro del tratamiento de VIH. A continuación, se presenta un resumen de diferentes prácticas basadas e informadas en evidencia, que han demostrado ser efectivas como parte del tratamiento de VIH en diferentes poblaciones. Estas se enfocan en diversos aspectos que incluyen la retención y adherencia, entre otros elementos importantes del servicio. Muchas de estas estrategias se encuentran también en la *Guía para el desarrollo de protocolos culturalmente sensibles y basados en evidencia para el enlace y retención en tratamiento del VIH (2018).* Se incluyen además estrategias publicadas en la Compilación de mejores prácticas del programa Ryan White HIV/AIDS (RWHAP, 2021). Estas son:

- ARTAS - Tratamiento Antiretroviral y Acceso A Servicios
- Servicios de VIH Centralizados (Centralized HIV Services)
- SBIRT - Screening Brief Intervention & Referral to Treatment
- Parejas Inteligentes (Smart Couples)
- Retention Through Enhanced Personal Contacts
- STYLE: Strenght Trough Living' Empowered
- DAART para Usuarios de Sustancias
- DAART en Clínicas de Metadona
- Alcance Comunitario y Social Tradicional
- Enlace Interno
- Compromiso entre Pares para Mejorar el Enlace y la Retención en el Cuidado de Jóvenes, Mujeres, Infantes y Niños (Peer Engagement to Improve Linkage to Care and Retention In Care For Youth, Women, Infants, and Children)
- Cita Inicial de Acceso Rápido para el VIH y Prescripción de TAR (Rapid Access Initial HIV Appointment and ART Prescription)
- Programa de Asistencia Alimentaria PACT (Pact Food Assistance Program)
- Alcanzando la Supresión Viral en Jóvenes Con VIH (Reaching Viral Suppression in Youth With HIV)
- Creación de una Cultura de Atención Informada sobre el Trauma (Creating a Culture of Trauma-Informed Care)
- Uso de un Enfoque Multidisciplinario para Mejorar la Retención en la Atención del VIH (Using a Multidisciplinary Approach to Improve Retention in HIV Care)
- Un Enfoque Basado en el Trauma para Integrar los Servicios de Atención Primaria y de Salud Conductual Relacionados con el VIH (A Trauma-Informed Approach to Integrating HIV Primary Care and Behavioral Health Services)
- Prueba y Tratamiento (Test and Treat)

ARTAS - TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL Y ACCESO A SERVICIOS
Anti-Retroviral Treatment and Access to Services

Objetivo:

El objetivo principal de esta estrategia es mejorar el enlace y retención a servicios para tratar el VIH

Población:

Personas mayores de 18 años recién (6 -12 meses) diagnosticadas con VIH y con interés en participar de la intervención.[1]

Descripción:

La intervención de ARTAS está destinada a ser implementada por agencias que llevan a cabo servicios de manejo de casos para personas con diagnóstico positivo al VIH o están comprometidas a enlazar a personas recién diagnosticadas con VIH a proveedores de atención primaria y / o servicios auxiliares. El tratamiento antirretroviral y el acceso a los servicios (ARTAS) es una intervención a nivel individual, de sesiones múltiples y de tiempo limitado para enlazar a las personas recién diagnosticadas con VIH con servicios de atención médica. ARTAS se basa en el modelo de Manejo de Casos Basado en Fortalezas (SBCM, por sus siglas en inglés), que tiene sus raíces en la teoría cognitiva social (especialmente el concepto de autoeficacia) y la psicología humanística.

AVALÚO DE APRESTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Los desarrolladores de ARTAS recomiendan que, para saber si se cuenta con los recursos/herramientas/elementos necesarios para poder implementar la estrategia, se examine si los siguientes elementos están presentes en la agencia u organización. Esto le puede ayudar a tener una idea si ARTAS es una alternativa viable para incluir en sus servicios.

1. Experiencia en la provisión de servicios de Manejo de Casos
2. Contar con fuertes relaciones con los aliados (*partners)* de la comunidad
3. Capacidad Tecnológica
4. *Staffing*:
    a. Componente Directivo de Programa o Personal Gerencial
    b. Especialista en Evaluación
    c. Supervisión de Coordinación de Enlace
    d. Coordinación de Enlace (CE)

Implementación:

[1] Existen unos criterios de elegibilidad establecidos por los estudios ARTAS-I y ARTAS-II que pueden ser considerados por la agencia u organización implementadora. Aunque finalmente los criterios de elegibilidad para participar de ARTAS deben ser elegidos tomando en consideración las características de la población objetivo.

La meta principal de ARTAS es el enlace a servicio de aquellas personas recién diagnosticadas con VIH. Para lograrlo es importante ayudar a las personas a identificar beneficios y resolver las barreras que le dificultan el acceso a servicios. Esto se logra mediante la implementación de una serie de cinco (5) sesiones compuestas de diferentes actividades que van llevando al/la participante de manera escalonada a lograr el objetivo de enlace a servicios. Dichas actividades se agrupan en las siguientes categorías:

- Actividades Sesión 1: Construyendo la Relación
- Actividades Sesión 2: Enfatizar Fortalezas Personales
- Actividades Sesión 3: Aprendiendo a hacer Contacto
- Actividades Sesión 4: Revisión de Progreso
- Actividades Sesión 5: Completando el Trabajo

Es importante que se tenga presente todo el tiempo la flexibilidad necesaria para atender las necesidades específicas de las personas que participan de esta estrategia ya que cada caso es individual. El acercamiento de ARTAS está enfocado en la persona y cada una de ellas puede tener necesidades muy distintas a las de otras personas.

Escenario:

Algunos ejemplos de escenarios en los cuales puede implementarse son los siguientes:

- Departamentos de Salud
- Proveedores de servicios de salud para VIH/SIDA
- Lugares que realicen pruebas de VIH
- Programas de manejo de casos de Ryan White
- Programas de tratamiento por uso problemático de sustancias
- Organizaciones comunitarias involucradas en la prevención del VIH

Personal Necesario:

- Dirección de Programas o Gerencia de Proyecto
- Supervisión s de Servicio de Enlace a Tratamiento
- Coordinación de Enlace a Tratamiento
- Profesionales con experiencia en manejo de casos
- Evaluación de Programa
- Asistente en Administración

Referencias:

ARTAS Implementation Manual

CDC HIP –High Impact Practices Compendium (https://effectiveinterventions.cdc.gov/docs/default-source/general-docs/16-0817-hip-overview-factsheet.pdf?sfvrsn=4)

SERVICIOS DE VIH CENTRALIZADOS
Centralized HIV Services

Objetivo:
Mejorar la retención en cuidado de VIH en jóvenes

Población:
Pacientes VIH jóvenes entre las edades de 13-23 años[2]

Descripción:
Es una in Práctica Informada en Evidencia (PIE) en la que se propone que jóvenes con diagnóstico positivo a VIH reciban servicios de cuidado en una clínica multidisciplinaria cuyo personal clínico esté compuesto por profesionales especializados en servicios para jóvenes y adolescentes, profesionales de Trabajo Social con especialización en esta población y personal de Manejo de Caso. El personal debe estar adiestrado para utilizar entrevistas motivacionales que promuevan la auto-eficacia, eduquen destrezas de navegación de servicios y fomenten la atención y manejo del VIH.

Esta intervención considera la retención bajo el concepto Constancia de Visitas Adecuadas (CVA). Esto implica al menos tres o más trimestres en los que se haya realizado una visita a cuidado primario dentro del primer año a partir de su entrada a cuidado. Por otra parte, consideran como Ausencias en el Servicio (AS) el que hayan pasado 180 días o más entre visitas a cuidado primario dentro del primer año a partir de su entrada a tratamiento.

Implementación:
Algunas de las estrategias que implica esta Práctica Informada en Evidencia (PIE) es la contratación de personal especializado en jóvenes y adolescentes que ayude a que jóvenes que reciben servicios sientan comodidad en el proceso. Mediante la provisión de apoyo específico para jóvenes se ofrecen oportunidades para que desarrollen sistemas de apoyo, conocimiento y habilidades de autogestión. Igualmente se recomienda que los servicios se ofrezcan en una ubicación central. Esto con el fin de reducir la necesidad de navegar por cuidados de salud complejos a nivel sistémico y para mejorar la coordinación de servicios. Una práctica destacada en este tipo de estrategia es el Manejo de Casos.

Escenario:
Clínica de servicios multidisciplinarios para el tratamiento de VIH que incluya manejo de casos y con viabilidad para contratar personal especializado en jóvenes y adolescentes para el ofrecimiento de servicios.

---

[2] El estudio inicial con este tipo de intervención tuvo como muestra jóvenes negros o afroamericanos y latinos pacientes de VIH entre las edades de 13-23 años.

Personal Necesario:

- Personal médico y proveedores de servicio especializados en la población de jóvenes y adolescentes.
- Profesionales de Trabajo Social con especialización en jóvenes y adolescentes
- Personal de Manejo de Caso

Referencias:

CDC Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention: Enlace a, retención en y re-enlace en el Cuidado de VIH

Davila, J. A., Miertschin, N., Sansgiry, S., Schwarzwald, H., Henley, C., & Giordano, T. P. (2013). Centralization of HIV services in HIV-positive African American and Hispanic youth improves retention in care. AIDS Care, 25, 202-206.

SBIRT - SCREENING BRIEF INTERVENTION & REFERRAL TO TREATMENT

Cernimiento, Intervención Breve y Referido a Tratamiento

Objetivo:

- El objetivo principal de SBIRT es identificar e intervenir efectivamente con personas que están en riesgo moderado o ya presentan problemas psicosociales o de salud vinculados con uso de sustancias.

Población:

- Personas con problemas de uso de sustancias
- Usuarios de sustancias en conducta riesgosa

Descripción:

Es una intervención basada en estrategias de entrevistas motivacionales en las que se realiza un cernimiento breve para identificar niveles de riesgo respecto al uso de sustancias seguido de una intervención educativa para crear conciencia de las consecuencias negativas de la conducta riesgosa y un referido a servicios especializados en aquellos casos que reflejen criterios diagnósticos de dependencia y/o uso problemático de sustancias y/o trastornos mentales.

VIH:

Los trastornos por el uso de sustancias, que implica patrones problemáticos de consumo de alcohol u otras sustancias, como crack, metanfetaminas, el nitrito de amilo ("poppers"), opiáceos recetados y heroína, están estrechamente asociados con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. (CDC FastFacts, oct 2016). El uso de drogas inyectables puede ser una ruta directa de transmisión del VIH si las personas comparten agujas, jeringas u otros materiales inyectables que están contaminados con el VIH. Sin embargo, beber alcohol e ingerir, fumar o inhalar drogas también está asociado con un mayor riesgo de contraer el VIH. Estas sustancias alteran el juicio, lo que puede conducir a conductas sexuales arriesgadas (por ejemplo, tener relaciones sexuales sin condón, tener múltiples parejas) que pueden hacer que las personas sean más propensas a contraer y transmitir el VIH. Además de esto, en las personas con diagnóstico positivo al VIH, el consumo de sustancias puede acelerar la progresión de la enfermedad, afectar la adherencia a la terapia antirretroviral y empeorar las consecuencias generales del VIH.

Dado lo antes expuesto resulta relevante contar con herramientas que ayuden a identificar de manera acertada factores que puedan incidir en la prevención y/o tratamiento de VIH. Las personas con problemas de dependencia a opiáceos no suelen buscar ayuda en centros de tratamiento especializados, pero sí suelen visitar con frecuencia salas de emergencia de hospitales, ya sea por las consecuencias médicas de su trastorno por uso de sustancias o por enfermedades comórbidas médicas y/o condiciones mentales. Muchas de estas

personas, particularmente personas adultas jóvenes, tienen pocas o ninguna interacción con el sistema de atención médica. Por lo tanto, la visita médica puede ser su único contacto con el sistema de tratamiento y representa una oportunidad ideal para la detección, la intervención y la derivación para el tratamiento.

Implementación:

SBIRT comienza con una introducción a un cernimiento sistemático integrado en la rutina de facilidades médicas u otros escenarios comunitarios frecuentados por personas con problemas de uso de sustancias. Se utilizan instrumentos de medición de fácil administración y corta duración para identificar niveles de riesgo de uso de alcohol u otras sustancias en las personas tratadas. Una vez se completa esta fase, se determina la intervención o tratamiento a seguir según la información obtenida del cernimiento y las necesidades de la persona. Generalmente el tiempo de administración de las pruebas incluidas en el cernimiento es de dos (2) a cuatro (4) minutos (SBIRT White Paper).

Una vez completado el cernimiento, las personas reciben una Intervención Breve (IB), tratamiento breve o referido a tratamiento intensivo, dependiendo del nivel de riesgo reportado en el instrumento inicial. Una IB puede implicar de 1 a 5 sesiones de aproximadamente 5 minutos de duración y tiene como objetivo educar a los pacientes y aumentar su motivación para reducir el comportamiento de riesgo. En caso de que el cernimiento refleje alto riesgo, se lleva a cabo un Tratamiento Breve (TB). La TB suele incluir entre 5 y 12 sesiones y su meta es cambiar no solo la conducta o pensamientos inmediatos respecto a comportamientos riesgosos, sino que también atiende problemas a largo plazo con el consumo de drogas nocivas ayudando a personas con niveles más altos de trastorno de uso problemático a buscar y obtener más atención a largo plazo. En el caso de un Referido a Tratamiento se requiere coordinación y enlace a servicios de salud y cuidado complementarios. Este paso es recomendado cuando las personas muestran criterios diagnósticos de dependencia a sustancias y/o algún otro trastorno o condición mental según definida por el Manual Diagnóstico y Estadístico para Desórdenes Mentales 5ta Edición (DSM-V por sus siglas en inglés).

Escenario:

- Centros de Salud Primaria
- Salas de Emergencias de Hospitales
- Centros de Trauma
- Centros de Salud Comunitarios
- Clínicas de Salud Conductual
- Centros de Servicio para Uso de Sustancias y/o Adicciones
- Escuelas

Personal Necesario:

- Personal de Enfermería

- Profesional de Trabajo Social con Licencia
- Profesional de la Psicología
- Profesional de Consejería en VIH

Referencias:

SBIRT White Paper

Babor et al 2007

The NSDUH Report: Sexually Transmitted Diseases and Substance Use. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies, 2007.

Future of Emergency Care: Hospital-Based Emergency Care at the Breaking Point. Institute of Medicine Report, 2006. “Substance Abuse” The National Academies Press, Washington D.C.2006

PAREJAS INTELIGENTES
SMART Couples

Objetivos:
- Mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral
- Aumentar el apoyo social para la adhesión a la terapia antirretroviral y la reducción del riesgo
- Atender las preocupaciones sobre transmisión sexual en la pareja
- Atender los problemas de sexo e intimidad en la pareja

Población:
- Parejas heterosexuales y homosexuales serodiscordantes en donde la pareja VIH-positiva tiene problemas de adherencia a la medicación. La pareja debe llevar al menos seis (6) meses de relación.

Descripción:
SMART Couples es una intervención de dos niveles administrada a parejas individuales. La intervención aborda la adherencia a la terapia antirretroviral y a los comportamientos sexuales más seguros dentro de la díada al fomentar el apoyo activo a la pareja VIH-positiva de su pareja VIH-negativa y viceversa. La intervención incluye la inclusión de la pareja del/la paciente en las discusiones del tratamiento y de una serie de componentes cognitivo-conductuales para identificar barreras, reforzar los comportamientos de atención de la salud y estrategias de resolución de problemas para superar las barreras de adherencia. Los componentes clave incluyen la educación sobre la importancia de la adherencia para evitar la resistencia viral y mantener la salud y la identificación de patrones de no adherencia, y el aumento del apoyo social para los resultados positivos de salud. Todos estos elementos de educación y apoyo proveen para optimizar el apoyo que tiene la pareja en el proceso de tratamiento con medicación para VIH.

Implementación:
La intervención está compuesta de cuatro (4) sesiones de aproximadamente 40 a 60 minutos en intervalos de una (1) a dos (2) semanas.

Escenario:
- Entorno Clínico
- Proveedor/a de Servicios para el tratamiento de VIH
- Organización de base comunitaria con enlace a servicios clínicos

Personal Necesario:
- Persona lde Enfermería Licenciado
- Profesional de Trabajo Social con Licencia
- Profesional de la Psicología
- Profesional de Consejería en VIH

SENSIBILIDAD CULTURAL:

Cuando se trabaja con una pareja es importante evaluar sus prioridades y preocupaciones actuales. En “Parejas Inteligentes” ambas partes atienden sus preocupaciones hablando sobre las maneras en que pueden cuidar y apoyarse mutuamente. A lo largo de la estrategia, se ha de recordar a la pareja que el objetivo es lograr la óptima adherencia médica para el par que es VIH-positivo. Las prioridades y preocupaciones que van más allá de lo relacionado con adherencia deben ser reconocidas, pero en esta estrategia no se las abordaremos en profundidad. Su agencia o clínica debe considerar los referidos a profesionales para cuestiones que vayan más allá del alcance de la estrategia.

Referencias:

Manual de Implementación de SMART Couples (Parejas Inteligentes): Compartiendo juntos la responsabilidad de la adherencia a la medicación

Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention. Medication Adherence (MA) Chapter-SMART Couples. Last updated May 2, 2016

Incorporating Couples-Based Approaches into HIV Prevention for Gay and Bisexual Men: Opportunities and Challenges

RETENTION THROUGH ENHANCED PERSONAL CONTACTS

Objetivos:

- Mejorar la retención a cuidado de VIH

Población:

- Personas con VIH que se ausentan a las visitas médicas o que son nuevas en la clínica.

Descripción:

El personal de cuidado establece contacto directo con la persona con diagnóstico positivo al VIH. Este provee una retrocomunicación efectiva la misma mediante reuniones y llamadas entre visitas a la clínica, con el propósito de proveer mensajes sobre apoderamiento para esta se mantenga en tratamiento y responder preguntas relacionadas a las citas médicas. La persona con diagnóstico positivo al VIH recibe adiestramiento para organizar sus destrezas y la comunicación con proveedores.

Implementación:

La implementación de esta estrategia es continua hasta que las persona asista a visita médica, rechaza tratamiento o es referido para alcance comunitario (búsqueda en comunidad).

Escenario:

- Clínica para el tratamiento de VIH

Personal Necesario:

- Especialista en enlace a tratamiento

Referencias:

Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention

Gardner, L. I., Giordano, T. P., Marks, G. Wilson, T. E., Craw, J. A., Drainoni, M. L., Retention in Care Study Group. (2014). Enhanced personal contact with HIV patients improves retention in primary care: A randomized trial in six US HIV clinics. Clinical Infectious Diseases, 59, 725-734

STYLE: STRENGHT TROUGH LIVING' EMPOWERED

Objetivo:

- Mejorar la retención en cuidado de VIH

Población:

- Hombres Jóvenes (17-24 años) negros o hispanos/latinos
- HSH recién diagnosticados con VIH
- Jóvenes perdidos a tratamiento

Descripción:

STYLE consta de tres (3) elementos principales: 1) una campaña de mercadeo social para promover la prueba del VIH entre los HSH negros o afroamericanos y latinos; 2) acercamiento intensivo a lugares de servicio para jóvenes HSH negros y/o hispanos y aumento en la provisión de pruebas de VIH en los campus universitarios; y 3) una red de apoyo médico-social coordinada para los HSH negros y/o hispanos recientemente diagnosticados o que se han retirado de sus servicios de cuidado. Una vez que se identifican los hombres jóvenes VIH-positivo se implementa una campaña de mercadeo social, referidos y trabajo de campo (outreach), se coordina una cita para los HSH con un médico dentro de las 72 horas. Además de la atención médica de rutina para el VIH supervisada por un médico, se ofrecen servicios de apoyo complementarios que incluyen reuniones de grupo de apoyo semanales y un teléfono individual o asesoramiento personal por parte de un trabajador social, si así lo desea; gestión de casos; prevención, uso de sustancias y consejería de salud mental; y asistencia con programación de citas o preguntas médicas por medio de texto y / o teléfono. Un plan de tratamiento individual para abordar las barreras identificadas se desarrolla sobre la base de una evaluación integral de las necesidades médicas, físicas, psicosociales, ambientales y financieras.

Implementación:

La campaña de mercadeo social se debe ofrecer e implementar de manera continua en la organización. De igual manera, la búsqueda de casos en la población objetivo y manejo de caso deben ofrecerse de manera continua. Los grupos de apoyo deben ofrecerse semanalmente con duración de una hora y media (1.5 hr) aproximadamente. Los participantes que excedan las edades para las cuales se diseñó esta estrategia, serán transicionados a un trabajador social para adultos.

Escenario:

- Clínica para el tratamiento de VIH
- Organizaciones de base comunitaria

Personal Necesario:

- Personal de Manejo de Caso Clínico
- Personal de Trabajo de Alcance Comunitario
- Personal de investigación
- Personal médico

Referencias:

Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention

Hightow-Weidman, L. B., Smith, J. C., Valera, E., Mathews, D. D., & Lyons, P. (2011). Keeping them in “STYLE”: Finding, linking, and retaining young HIV-positive black and Latino men who have sex with men in care. AIDS Patient Care and STDs, 25, 37-45.

DAART PARA USUARIOS DE SUSTANCIAS

Directly Administered Antiretroviral Therapy (DAART) for Drug Users

Objetivos:

- Mejorar la adherencia a terapia ARV
- Reducir la carga viral de VIH
- Aumentar la cantidad de CD4

Población:

- Personas consumidoras de drogas inyectables con diagnóstico positivo al VIH con o sin experiencia en tratamiento ARV

Descripción:
Esta es una intervención individual, que provee a la persona participante un "pager" (localizador) para recordarle que asista a la clínica rodante a recibir sus medicamentos en días de semana. En la clínica rodante, personal especialista en DAART observará que las pesona participante tome sus medicamentos; y, proveerá apoyo social y servicios de manejo de caso. Las dosis de los fines de semanas se proveerán los viernes, y las dosis de reserva para 1 a 3 días se proveen en caso de que la persona participante no pueda asistir a las visitas. Otras citas se programan a través del "pager".

Implementación:
Esta estrategia debe implementarse de manera semanal durante un periodo de seis (6) meses.

Escenario:

- Clínica móvil para el tratamiento de VIH

Personal Necesario:

- Especialista en DAART -Profesional de Trabajo de Alcance Comunitario.

Referencias:

Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention

Altice, F. L., Maru, D. S., Bruce, R. D., Springer, S. A., & Friedland, G. H. (2007). Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: A prospective, randomized, controlled trial. Clinical Infectious Diseases, 45, 770-778.

DAART EN CLÍNICAS DE METADONA

Terapia ARV directamente administrada

Objetivos:

- Mejorar la adherencia a terapia ARV
- Mejorar la respuesta virológica e inmunológica mediante la utilización de terapia ARV

Población:

- Personas consumidoras de drogas inyectables con diagnóstico positivo al VIH que tienen o no tienen experiencia en tratamiento ARV

Descripción:

Es una intervención individual, en la cual el personal de enfermería o personal de asistencia clínica observará a la persona tomar el medicamento para el VIH en una oficina clínica distinta al lugar en el que se despacha metadona. Se preparan empaques de medicamentos con dosis para la tarde o fines de semana.

Implementación:

- Esta estrategia debe implementarse diariamente cada mañana por un año.

Escenario:

- Clínica de metadona

Personal Necesario:

- Personal de enfermería o personal de asistencia clínica

Referencias:

Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention

Lucas, G. M., Mullen, B. A., Weidle, P. J., Hader, S., McCaul, M. E., & Moore, R. D. (2006). Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes among concurrent comparison groups. Clinical Infectious Diseases, 42, 1628-1635.

ALCANCE COMUNITARIO Y SOCIAL TRADICIONAL

Objetivo:

- Enlazar poblaciones vulnerabilizadas de personas con diagnóstico positivo al VIH para enlazarlas con información acerca de prevención del VIH, pruebas, tratamiento y cuidado.

Población:

- Poblaciones vulnerabilizadas de personas con diagnóstico positivo al VIH/SIDA

Descripción:

Este es un modelo común utilizado para llegar a las personas con diagnóstico positivo al VIH vulnerabilizadas y enlazarlas con información sobre la prevención, las pruebas y el tratamiento para el VIH, y cuidado. En algunos casos, esto puede implicar proporcionar la prueba de VIH, la mayoría de las veces puede incluir la prueba de hisopado oral para obtener resultados inmediatos y vínculos prácticos con la atención. La entidad u organización que va a utilizar esta intervención aprovecha al personal, con cualidades similares a la población de interés para acercarse y trabajar con dicha población. El éxito de este modelo se basa en el alcance del personal de Trabajo de Alcance Comunitario quienes deben tener un enfoque y actitud libre de juicios hacia potenciales participantes. Los encuentros con el público pueden incluir distribución de condones o material para reducción de daños y/o educativos. Por lo general los encuentros con la población objetivo son breves.

Implementación:

El personal a cargo de la intervención de alcance social/comunitario se ubica en áreas y comunidades frecuentadas por la población clave, esto en conjunto y colaboración con personas profesionales de alcance posicionadas con un vehículo de atención médica o estación (booth). El personal de Trabajo de Alcance Comunitario también puede acercarse la población clave en el transporte público o en lugares de servicio y/o entretenimiento, incluyendo clubes nocturnos populares, bares y restaurantes, entre otros. Estos lugares y eventos pueden estar vinculados tanto a VIH y/o como a salud en general, así como a identidades culturales, sexuales y/o de género.

Escenario:

- Áreas y comunidades frecuentadas por la población clave tales como comunidades específicas, transporte público, lugares de servicio o entretenimiento, bares y restaurantes, entre otros.

Personal Necesario:

- Voluntarios

- Personal no clínico adiestrado
- Se recomienda que el personal sea similar o cercano a la población clave y que, en la medida de lo posible, compartan su identidad étnica, racial, cultural y lingüística.

Aspectos para considerar:

Adiestramiento: Aunque el personal que implementa las intervenciones breves no tiene que ser personal clínico, el mismo debe ser adiestrado para poder manejarse adecuadamente durante las intervenciones

Recursos: La implementación de esta estrategia requiere considerar presupuesto para vehículo de atención médica o estación (booth), material informativo/educativo, materiales de reducción de daños, entre otros

Limitaciones: En ocasiones puede resultar difícil identificar las localidades en donde se puede encontrar la población clave. Igualmente, el turnover en este tipo de puesto suele ser alto debido a que mayormente se trabaja por temporada. En ocasiones las personas pueden sentirse incómodas con la falta de privacidad de que se atienda en un lugar público y/o que le identifiquen como persona con diagnóstico positivo al VIH.

Referencias:

Innovative Approaches to Engaging Hard-to Reach Populations Living with HIV/AIDS into Care: Training Manual. Health Resources and Services Administration. 2013

ENLACE INTERNO

Objetivo:

- Quienes utilizan la estrategia de Enlace Interno llevan a cabo esfuerzos en sus clínicas, así como clínicas locales y Departamentos de Salud, para re-enlazar a personas con diagnóstico positivo al VIH que han abandonado tratamiento.

Población:

- Poblaciones difíciles de alcanzar, como hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HSHJ) y mujeres

Descripción:

- Este proceso, implica revisar expedientes inactivos y ponerse en contacto con pacientes fuera de cuidado. Implica además que las clínicas tengan buenas prácticas de mantenimiento de registros e información confiable sobre sus pacientes.

Implementación:

Este enfoque se puede integrar con iniciativas de pruebas del VIH en salas de emergencia, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, clínicas de salud y otros entornos de atención de salud ya que estas poblaciones a menudo frecuentan estos espacios para recibir servicios no necesariamente relacionados con el VIH.

Escenario:

- Clínicas de provisión de servicios de salud locales y/o Departamentos de Salud.

Personal Necesario:

- No se requiere personal con capacitación especial para implementar este modelo. En general, el contacto con pacientes es iniciado por personal no clínico que tiene experiencia trabajando con la base de datos de la clínica y / o registros de pacientes y que sabe cómo identificar rápidamente a las personas que han abandonado su cuidado de VIH.

Aspectos para considerar:

Adiestramiento: Es esencial que el personal que implemente enlace interno tenga una sólida comprensión de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Recursos: Las personas con diagnóstico positivo al VIH reenlazadas tienden a requerir (al menos inicialmente) manejo intensivo de casos y/o entrevista motivacional, durante la cual puedan evaluar sus metas de atención médica y los pasos que deben tomar para involucrarse plenamente en la atención.

Limitaciones: Una limitación podría ser contar con expedientes limitados o que no estén actualizados. Las clínicas que trabajan exclusivamente con archivos en papel podrían experimentar grandes dificultades para identificar personas con diagnóstico positivo al VIH. Los centros o clínicas con registros electrónicos modernos a menudo tienen más éxito con este modelo.

Referencias:

Innovative Approaches to Engaging Hard-to Reach Populations Living with HIV/AIDS into Care: Training Manual. Health Resources and Services Administration. 2013

MEJORES PRÁCTICAS DEL PROGRAMA RYAN WHITE HIV/AIDS (RWHAP)

Las siguientes intervenciones son parte de la Compilación de Mejores Prácticas del Programa Ryan White HIV/AIDS (HRSA/HAB, 2021). Esta compilación hace acopio y difunde estrategias de intervención que se han implementado en entornos financiados por RWHAP y mejoran los resultados a lo largo de la atención continua del VIH. Actualmente, la compilación se enfoca en intervenciones emergentes, que han mostrado un impacto en el mundo real, pero aún no tienen evidencia de investigación publicada. La misma se desarrolló con aportes y colaboración de recipientes y subrecipientes de RWHAP, el personal federal y no federal y los funcionarios del proyecto HRSA/HAB. Al aumentar el acceso a estrategias nuevas e innovadoras para mejorar los resultados de participantes del programa Ryan White HIV/AIDS, la Compilación respalda la visión de HRSA/HAB de brindar atención y tratamiento óptimos para el VIH para todos con el fin de erradicar la epidemia del VIH en los EE. UU.

Compromiso entre pares para mejorar el enlace y la retención en el cuidado de jóvenes, mujeres, infantes y niños

(Peer Engagement to Improve Linkage to Care and Retention in Care for Youth, Women, Infants, and Children)

Objetivo:
Enlace a cuidado médico del VIH, Retención en la atención médica del VIH y Supresión viral

Población: Jóvenes de 13 a 24 años y Mujeres

Estrategias:
Utiliza navegación y apoyo al paciente para reducir las barreras y mejorar el enlace y la retención en cuidado. Sus actividades incluyen outreach y re-enlace así como la planificación y facilitación de grupos de apoyo, la conexión con guías de pacientes y el desarrollo de formas innovadoras para involucrar a jóvenes y mujeres. Igualmente, especialistas pares comparten experiencias similares, fomentan la adherencia a los medicamentos, el uso de los servicios, y brindan tutoría. La estrategia incluye también un plan de redes sociales, divulgación y mercadeo para ayudar a promover su programa y mantener presencia en las redes.

Escenario:
- Clínica u organización financiada por RWHAP

Personal/Recursos:
- Personal Especialista en Alcance y con experiencia con las poblaciones a servir

Información Contacto:
- FAM210
  Leah Meraz
  Senior Director
  University Health System Ryan White HIV/AIDS Program Part D
  (210) 644-1361
  Leah.Meraz@uhs-sa.com
  fam210.com

Referencia:

https://targethiv.org/intervention/peer-engagement-improve-linkage-care-and-retention-care-youth-women-infants-and?utm_source=bpURL

Cita Inicial de Acceso Rápido para el Tratamiento del VIH y prescripción de TAR

Rapid Access Initial HIV Appointment and ART Prescription

Objetivo:
Enlace a cuidado para el tratamiento de VIH.

Población:
Jóvenes de 13 a 24 años de recién diagnóstico positivo al VIH

Estrategia:
La estrategia es un modelo de prestación de servicios clínico basada en proyecto de mejora de la calidad clínica para aumentar el enlace a cuidado del VIH en 30 días y el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) en la primera visita mediante citas de "acceso rápido" que estén disponibles cada semana para las personas recién diagnosticadas con el VIH. La intervención depende de las alianzas con el Departamento de Salud u organizaciones comunitarias para las pruebas, y con el Departamento de Salud y el Programa de Asistencia para Medicamentos VIH/SIDA de la Parte B del RWHAP (ADAP).

Escenario:
Hospital o clínica basada en un hospital

Personal /Recursos: Equipo de atención de Acceso Rápido

- Personal Clínico (personal médico o personal de enfermería practicante)
- Personal de Enfermería y Educación
- Personal de Orientación para pacientes
- Personal de Manejo de Casos

Este equipo debe trabajar unido y en coordinación para facilitar el acceso a una cita inicial para personas recién diagnosticadas con VIH y recopilar información para apoyar el inicio del TAR en la primera cita.

Información Contacto:

- Virginia Commonwealth University
  Michelle Shearer
  Quality Specialist
  (804) 828-3714
  christina.shearer@vcuhealth.org
  vcuhealth.org/services/hiv-services

Referencia:

https://targethiv.org/intervention/rapid-access-initial-hiv-appointment-and-art-prescription?utm_source=bpURL

Programa de Asistencia Alimentaria PACT

PACT Food Assistance Program

Objetivos:

- Retención en la atención médica del VIH y alcanzar supresión viral
- Servir como un recurso complementario para las personas con diagnóstico positivo al VIH que experimentan inseguridad alimentaria. Ayuda a cerrar las brechas en los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria y los costos mensuales de alimentos al tiempo que promueve el acceso a alimentos saludables y la retención en la atención del VIH.

Población:

Personas con limitaciones de acceso a alimentos e inseguridad alimentaria

Estrategia:

Incluye servicios médicos, administración de casos, servicios de salud conductual, telemedicina y otros servicios de apoyo. Se evalúa de manera informal la inseguridad alimentaria y derivan a las personas que se beneficiarían de los servicios nutricionales (como necesidades identificadas de alimentos, problemas con la diabetes, necesidad de más alimentos ricos en calorías debido al desperdicio) al dietista para una evaluación formal. Como apoyo nutricional se provee una tarjeta de regalo (*giftcard*) de alguna cadena de supermercados minoristas de descuento. Las personas participantes deben comprar alimentos saludables y nutritivos y devolver los recibos para poder recibir la próxima tarjeta de regalo (mínimo de 30 días entre tarjetas de regalo). Las personas que participan de esta estrategia deben haber visto a su proveedor de servicios para el VIH dentro de los seis meses anteriores para recibir la próxima tarjeta de regalo. Además, tienen citas mensuales de asesoramiento nutricional de 30 minutos con dietista, clases para educar sobre compra de alimentos saludables con presupuesto ajustado, se analizan las comorbilidades relacionadas con la nutrición, la alimentación saludable en general, otras necesidades médicas o psicosociales y coordinan las próximas visitas médicas.

Escenario:

Clínica que brinde servicios médicos, administración de casos, servicios de salud conductual, telemedicina y otros servicios de apoyo.

Personal/Recursos:

- Personal Médico
- Profesionales de Trabajo Social
- Personal Farmacéutico
- Dietista
- Personal de Enfermería
- Personas que realicen abogacía de pares (*peer advocates*)

Información Contacto:

- University of Pittsburgh Medical Center PACT
  Molly Westbrook, MS, RDN, LDN
  Dietitian-Nutritionist
  (412) 864-0664
  westbrookmm@upmc.edu
  upmc.com/services/division-inf

Referencia:

https://targethiv.org/intervention/pact-food-assistance-program?utm_source=bpURL
https://www.upmc.com/services/division-infectious-diseases/services/pittsburgh-aids-treatment-center

Alcanzando la supresión viral en jóvenes con VIH

Reaching Viral Suppression in Youth with HIV

Objetivo:
Alcanzar supresión viral en jóvenes que reportan no estar en supresión viral o que han faltado a sus citas

Población: Jóvenes de 13 a 24 años

Estrategia:
Utiliza técnicas de mejora de la calidad basadas en datos para identificar a jóvenes que no alcancen supresión viral o que se han ausentado a sus citas. Personal de Manejo de Caso Clínico utiliza una lista de verificación (*Check List*) para identificar y abordar las barreras al tratamiento antirretroviral (TAR) y la adherencia a atención médica. También se utiliza una herramienta de ilustración visual de literatura en salud para ayudar a jóvenes a comprender los efectos del TAR en la supresión viral.

Escenario: Centro de salud comunitario, incluidos los centros de salud calificados federalmente (FQHC)

Personal/Recursos:

- Personal de Manejo de Caso Clínico (enfermeras o trabajadores sociales)
- Profesional de Trabajo Social

Info Contacto:

- Contact the Innovator
  Southeast Mississippi Rural Health Initiative, Inc.
  Tonya Green
  Director of Social Services and Ryan White Program Coordinator
  (601) 582-2619
  tgreen@semrhi.com

Referencias:
https://www.semrhi.com/service/ryan-white-program/

https://targethiv.org/intervention/reaching-viral-suppression-youth-hiv?utm_source=bpURL

Creación de una cultura de atención informada sobre el trauma

Creating a Culture of Trauma-Informed Care

Objetivo:
Retención en la atención médica del VIH

Población:
Personas con diagnóstico positivo al VIH

Estrategia:
Busca atender los antecedentes de trauma significativos que generalmente tienen las personas con diagnóstico positivo al VIH. Además, de educar respecto a las microagresiones que pueden ocurrir en entornos de atención médica que, a su vez, desencadenan respuestas traumáticas en estas personas y evitan que las personas busquen atención o reciban el tratamiento que necesitan.

Inicialmente se completa una evaluación y educación inicial sobre los principios de la atención informada sobre el trauma. Luego se ofrecen adiestramientos sobre enfoques informados en trauma para orientar la cultura organizacional hacia un servicio sensible mediante técnicas de comunicación como Judo Verbal, concienciación sobre trauma, competencia cultural LGBT y en conceptos sobre uso problemático de sustancias, entrevista motivacional, apoyo de pares y reuniones de equipo todas las mañanas, entre otras técnicas.

Escenario:
- Hospital o clínica basada en un hospital

Personal/Recursos:
- Pares de Apoyo
- Especialistas en salud conductual
- Profesionales de Capacitación en temas de trauma

Información Contacto:
- Lehigh Valley Health Network
  Vickie Cunningham, MSN, RN, BC
  Director, Outpatient HIV/ Infectious Disease Program
  (610) 969-2730
  Vickie.Cunningham@lvhn.org
  lvhn.org

Referencia:
https://targethiv.org/intervention/creating-culture-trauma-informed-care?utm_source=bpURL

Uso de un enfoque multidisciplinario para mejorar la retención en la atención del VIH

Using a Multidisciplinary Approach to Improve Retention in HIV Care

Objetivo:
Retención en cuidado y supresión viral de VIH

Población:
Personas con diagnóstico positivo al VIH

Estrategia:
La intervención comienza con la revisión de datos para identificar a personas que corren el riesgo de perder o abandonar su cuidado para el VIH. Esto incluye participantes que no tienen análisis de laboratorio o visitas médicas recientes en CAREWare, participantes que perdieron tres llamadas de notificación de la farmacia para la entrega de medicamentos, participantes cuyo seguro ha caducado según identificado en una revisión trimestral y participantes identificados por la Unidad de Vigilancia del Departamento de Salud.

Una vez se identifican estos casos a través de la revisión de datos, se activa al personal para llevar a cabo el alcance. Esta persona se escoge en función de quién tiene una conexión con el/la participante. El alcance puede ser realizado por cualquier miembro del personal, incluida la farmacia, manejo de casos, trabajo social, salud conductual, proveedores médicos y personal administrativo (por ejemplo, asistentes médicos que tienen acceso al sistema de programación). Si no se puede llegar estas personas, el esfuerzo pasa al gerente del programa y eventualmente al equipo de Vigilancia en el Departamento de Salud. Los resultados del alcance se monitorean continuamente usando indicadores para alertar a otros equipos sobre los esfuerzos de alcance. Además, se reserva un día a la semana para recibir participantes sin cita previa (*walk in*). Se ofrecen servicios de asesoramiento financiero y de trabajo social.

Escenario:
- Hospital o clínica basada en un hospital

Personal/Recursos:
- Gerente de Datos (*Data Manager*)
- Coordinación de Personal
- Personal de Manejo de Casos

- Pofesional Trabajo Social
- Personal Trabajo de Alcance

Información Contacto:

- Hospital of the University of Pennsylvania
  Morgan Curran
  Program Manager, MacGregor Infectious Diseases
  (215) 349-8862
  morgan.curran@pennmedicine.upenn.edu

Referencia:

https://targethiv.org/intervention/using-multidisciplinary-approach-improve-retention-hiv-care?utm_source=bpURL

Un enfoque basado en el trauma para integrar los servicios de atención primaria y de salud conductual relacionados con el VIH

A Trauma-Informed Approach to Integrating HIV Primary Care and Behavioral Health Services

Objetivos:

- Enlace a cuidado médico del VIH
- Retención en la atención médica del VIH
- Prescripción de terapia antirretroviral
- Supresión viral

Población:

- Personas con diagnóstico positivo al VIH

Estrategia:

Los servicios de salud mental son una necesidad común entre las personas con diagnóstico positivo al VIH. Es por esto, que esta intervención comienza realizando una evaluación de salud mental en cada una de estas visitas, utilizando el Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9). Los escenarios o en donde se implementa la estrategia deben contar con servicios de salud mental o proveerlos a través de alianzas con proveedores de servicios de salud mental. Se hacen referidos a estos servicios a partir de los resultados del cernimiento PHQ-9. Todo el personal en el escenario de servicios debe estar capacitados para ofrecer atención médica y de salud mental informada en trauma.

Escenario:

- Escenario clínico

Personal/Recursos:

- Personal médico
- Personal de Manejo de Caso
- Especialistas en Salud Mental
- Alianzas con proveedores de servicios de Salud Mental

Información Contacto:

- Broward County Government – Ryan White Part A
  Darrell Cunningham
  Interim Health Care Services Administrator
  (954) 357-5390
  dacunningham@broward.org
  broward.org/RyanWhite

Referencia:

https://targethiv.org/intervention/trauma-informed-approach-integrating-hiv-primary-care-and-behavioral-health-services?utm_source=bpURL

Prueba y tratamiento
Test and Treat

Objetivo:
Prescripción de terapia antirretroviral y supresión viral

Población:
Personas con diagnóstico reciente de VIH

Estrategia:
Esta intervención conecta a las personas con la terapia antirretroviral (ART) dentro de los 14 días posteriores al diagnóstico positivo al VIH a través de protocolos simplificados de admisión, visita inicial a la clínica y paquetes de inicio de medicamentos de 30 días. El mismo día que se recibe la prueba de la positividad del VIH, se programan las visitas de admisión, de laboratorio y del médico. La cita de admisión se programa 30 minutos antes de la visita al personal médico y la extracción de laboratorio (toma de muestras), todo dentro de la semana posterior al diagnóstico. Si la persona no está de acuerdo con el protocolo acelerado de prueba y tratamiento, se programará una cita médica de rutina en cuatro semanas. Las personas participantes en *Test and Treat* se enlazan a atención y alcanzan la supresión viral antes, y es más probable que permanezcan y sean adherentes a tratamiento en comparación con las personas que reciben atención estándar.

Escenario:
Hospital o clínica basada en un hospital

Personal/Recursos:
- Personal Clínico
- Personal de Manejo de Caso

Información Contacto:
- Oklahoma State University Internal Medicine Specialty Services Ryan White Clinic
  Madhuri J. Lad, DO, FACOI, AAHIVS
  Former Assistant Medical Director
  ladmadhuri@gmail.com

Referencia:
https://targethiv.org/intervention/test-and-treat?utm_source=bpURL

Referencias

Almanza, A & Gómez, A. (2017). Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH. Psicología y Salud, Vol. 27, Núm. 1: 29-39, enero-junio de 2017

Arnett, JJ. (2004). Emerging Adulthood: The Winding Road from Late Teens Through the Twenties. New York: Oxford University Press

Berbesí, D., Agudelo, L, Castaño, C., Galeano, M., Segura, A. & Montoya, L. (2014). Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. CES Salud Pública. 2014; 5: 147-153.

Cassamassimo, M., Garcia de Lima, C. & do Rosário, L. (2014). Vulnerabilidad de mujeres viviendo con VIH/SID. Revista Latinoamericana de Enfermagem;22(1)

Czarna, S.M & Castillo-Mancilla, J. (2020). HIV, Aging and Adherence: An Update and Future Directions Current Opinion in HIV and AIDS: March 2020. Volume 15-Issue 2-P.134-141

De Mello, P., Maris, S., Cardoso de Paula, C., Spiegelberg Zuge, S., Ferreira Langendorf, T., Pacheco dos Santos, É., & Ribeiro Primeira, M. (2013). Terapia antirretroviral del AIDS en adultos mayores de 50 años: prevalencia y clasificación de los no adherentes. Enfermería Global. Julio 2013 #31 68-76

EngenderHealth Society. (2006). Adherence to Treatment for HIV: A Training Curriculum for Counselors

Ernst, J., Hufnagle, J., RPh, Karpiak, S. & Shippy, A. (2008). El VIH y los adultos mayores. AIDS Community Research Initiative of America (ACRIA)

Friedman, Mark S., Marshal, Michael P., Stall, Ron, Kidder, Daniel P., Henny, Kirk D., Courtenay-Quirk, Cari, Study Group The Project START, Aidala, Angela, Royal, Scott, Holtgrave, &David R. (2009). Associations between substance use, sexual risk taking and HIV treatment adherence among homeless people living with HIV AIDS Care 06 Vol. 21; Iss. 6

Ghidei, L., Simone, M., Salow, M., Zimmerman, K., Paquin, A. Skarf, M., Kostas, T. and Rudolph, J. (2013). Aging, Antiretrovirals, and

Adherence: A Meta Analysis of Adherence among Older HIV-Infected Individuals. Drugs Aging. 2013 October; 30(10): doi:10.1007/s40266-013-0107-7.

Herrera, C., Campero, L., Caballero, M. & Kendal, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: Influencia en apego terapéutico y calidad de vida. Revista

Salud Pública 2008;42(2):249-55

HRSA /RWHAP (2021). Best Practices Compilation. Recuperado de Target HIV: https://targethiv.org/bestpractices/search

Jonathon, H., Weaver, L., Millar, B., López-Matos, J. & Jeffrey T. Parsons. (2019). Psychosocial Well-Being and HIV-Related Immune Health Outcomes among HIV-Positive Older Adults: Support for a Biopsychosocial Model of HIV Stigma and Healt.Journal of the International Association of Providers of AIDS Care Volume 18: 1-11.

Kidder, D., Wolitski, R., Campsmith, M., & Nakamura, G. (2007). Health Status, Health Care Use, Medication Use, and Medication Adherence Among Homeless and Housed People Living With HIV/AID. American Journal of Public Health December 2007, Vol. 97, No. 122238

Lightfoot, M., Swendeman, D., Rotheram-Boru, M., Comulada, WS & Weiss, R. (2005). Risk Behaviors of Youth Living With HIV: Pre- and Post-HAART. Am J Health Behav. 2005; 29(2): 162–171.

Marín, M., Hernández, J., Báez, F., Hernández, G., Rugerio, M., García, L. & Sánchez, J. (2013). Influencia del apoyo familiar en el cuidado de la persona con VIH/SIDA. Paraninfo Digital Monográficos de Investigación En Salud Issn: 1988-3439 - Año Vii – N. 17

Martin, L., Haskard-Zolnierek, K. & DiMatte, R. (2009). Health Behavior Change and Treatment Adherence: Evidence-based Guidelines for Improving Healthcare. Oxford Scholarship Online. DOI:10.1093/acprof:oso/9780195380408.001.0001

Mellins, C., Kang, E., Cheng-Shiun, L., Havens, J. & Chesney, M. (2003). Longitudinal Study of Mental Health and Psychosocial Predictors of Medical Treatment Adherence in Mothers Living with HIV Disease. AIDS Patient Care and STDs Volume 17, Number 8

Mendoza-Aguilera, M., Ferrando-Piqueres, R., Álvarez Martín, T., Pascual Marmaneu, O., Liñana Granell, C., Raga-Jiménez, C. & Minguez Gallego, C. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer. Revista de la Ofil. Ibero Latin American Journal of Health System Pharmacy; Vol 28, No 3.

Moss, A., Hahn, J., Perry, S., Charlebois, E., Guzman, D., Clark, R. & Bangsberg, D. (2004). Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in the Homeless Population in San Francisco: A Prospective Study. CID 2004:39

Naar-King, S., Templin, T., Wright, K., Frey, M., Parsons, J. & Lam, P. (2006). Psychosocial Factors and Medication Adherence in HIV-Positive Youth. AIDS Patient Care and STD Volume 20, Number 1, 2006 © Mary Ann Liebert, Inc.

National Institute of Health (2021). *El VIH, la nutrición y la seguridad alimentaria*. Recuperado de: https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-la-nutricion-y-la-seguridad- alimentaria

Nguyen, N., & Holodniy, M. (2008). HIV infection in the elderly. Clin Interv Aging. 2008;3(3):453-472.

Programa Ryan White Parte B – Departamento de Salud de Puerto Rico (2018). Guía para el desarrollo de protocolos culturalmente sensibles y basados en evidencia para el enlace y retención en tratamiento del VIH. Recuperado de: https://www.salud.gov.pr/CMS/DOWNLOAD/1001

Reisner, S., Mimiaga, M., Skeer, M., Perkovich, B., Johnson, C. & Safren, S. (2009). A Review of HIV Antiretroviral Adherence and Intervention Studies Among HIV–Infected Youth. Top HIV Med; 17(1): 14–25.

Reif, L., Abrams, E., Arpadi, S., Elul, B., McNairy, M., Fitzgerald, D. & Louise Kuhn (2020). Interventions to Improve Antiretroviral Therapy Adherence Among Adolescents and Youth in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review 2015–2019. AIDS and Behavior (2020) 24:2797–2810.

Tirado, A. & Correa, M. (2009). Accesibilidad de la Población Habitante de Calle a los Programas de Promoción y Prevención Establecidos por la Resolución 412 DE 2000. Investigaciones Andina. No. 18 Vol. 11 - 94 p.

Toro-Alfonso, J., Varas-Díaz, N. & Núñez, J. (2004). Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico. Revista de Ciencias Sociales, número 13.

Varela-Arévalo, M. & Hoyos-Hernández, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Revista de Salud Pública. 17 (4): 528-540, 2015

Vilató, L. Martín, L. & Pérez, L. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/ SIDA. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41(4):620-630

V. Bermúdez-Román, L. Bran-Piedrahita, L. Palacios-Moya & I. Posada-Zapata (2016). Relación médico- paciente: impacto en las campañas de promoción y

prevención para personas con VIH en Medellín. Revista de Salud Pública. 18 (4): 543-553,

Wutoh, A., Brown, C., Kuor Kumoii, E., Shah Daftary, C., Jones, T., Alie Barnes, N. & Powell, N.(2001). Antiretroviral Adherence and use of Alternative Therapies Among Older HIV-Infected AdultsJournal of The National Medical Association. Vol. 93, No. 7/8, July/August

Young-Karris, M. The care of older adults living with VIH is complicated - Presentation. University of California

Zamudio-Rodríguez, A., Aguilar-Navarro, S. y Ávila-Funes, J. (2016). Deterioro cognitivo en adultos mayores con VIH/SIDA y síndrome de fragilidad. Gaceta Médica de México.