European Commission

Programa de formación

para agentes comunitarios de la salud (ACS) que trabajan con hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Europa

Conjunto de herramientas de formación para ACS, con el objetivo de mejorar la calidad de la prevención y el diagnóstico del VIH, las ITS y las hepatitis víricas, y el acceso a la atención sanitaria (sexual) para hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Terrence Higgins Trust

Deutsche Aidshilfe

El manual de formación ESTICOM para Community Health Worker (CHW) (en castellano, ACS – Agentes Comunitarios de la Salud), que trabajan con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Europa, fue escrito por Terrence Higgins Trust (THT) de Londres (Inglaterra) en cooperación con Deutsche Aidshilfe (DAH) de Berlín (Alemania).

Este material de capacitación se desarrolló en el marco del proyecto ESTICOM[1], que contó con la participación de nueve organizaciones europeas en un consorcio dirigido por el Instituto Robert Koch (RKI) de Berlín (Alemania). ESTICOM fue dirigido por un Consejo Asesor que incluía un representante de la Comisión Europea[2]; Chafea[3]; el Foro de la sociedad civil sobre VIH / SIDA, hepatitis víricas y tuberculosis (CSF) 4; el Centro europeo para la prevención y el control de enfermedades (ECDC)[5]; el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)[6], y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA).

Este proyecto fue financiado por la Unión Europea en el marco del Tercer Programa de Salud de la UE (2014–2020)[7]

Autores Barrie Dwyer, Takudzwa Mukiwa, (THT); Matthias Kuske, Dr. Dirk Sander (DAH)

Este material formativo fue producido dentro del Tercer Programa de Salud de la UE (2014-2020) en el marco del contrato de servicios 20157101 con la Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación (Chafea) que actúa bajo el mandato de la Comisión Europea. El contenido de este informe representa las opiniones de quien ha sido contratado para diseñarlo y es de su exclusiva responsabilidad; de ninguna manera puede considerarse que refleja las opiniones de la Comisión Europea y / o Chafea o cualquier otro organismo de la Unión Europea. La Comisión Europea y / o Chafea no garantizan la exactitud de los datos incluidos en este informe, ni aceptan ninguna responsabilidad relacionada con el uso de los mismos por parte de terceros.

Más información sobre la Unión Europea, disponible en: http://europa.org
Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2019.
© Unión Europea, 2019
Queda autorizada la reproducción, siempre que se mencione la fuente.

La política de reutilización de los documentos de la Comisión Europea está regulada en la Decisión 2011/833/UE (http://bit.ly/309g99N)

Puede descargar el material de capacitación de ESTICOM y acceder a los módulos de E-Learning en el sitio web de capacitación de ESTICOM.

Material de capacitación de ESTICOM y sitio web del programa: www.msm-trainings.org

Traducción: Translated, via Indonesia 23, 00144 Roma, Italia

Debido a divergencias en la terminología, puede haber ligeras desviaciones del original en inglés; consulte el texto en inglés en caso de ambigüedad

Revisor para la adaptación cultural de la traducción: Raúl Soriano

[1] https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/about-project/about-project-node.html
[2] https://ec.europa.eu/commission/index_en
[3] http://ec.europa.eu/chafea/index_en.htm
[4] https://www.aidsactioneurope.org/en/civil-society-forum
[5] https://ecdc.europa.eu/en/home
[6] http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en
[7] https://ec.europa.eu/health/funding/programme_en

COMISIÓN EUROPEA
Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación.
Unidad: Unidad de Salud – B
Contacto: Chafea
E-mail: CHAFEA@ec.europa.eu
Comisión Europea L2920 Luxemburgo

Agradecimientos

Nos gustaría dar las gracias a todas aquellas personas que nos han ofrecido su ayuda y asesoramiento como expertos para el proyecto ESTICOM, incluidos los miembros del Consejo Asesor: Cinthia Menel Lemos (CHAFEA), Wolfgang Philipp, Jean-Luc Sion y Rimalda Voske (DG SANTE), Teymur Noori (ECDC), Thomas Seyler y Julián Vicente (EMCDDA), Keith Sabin (ONUSIDA), Sini Pasanen y Luis Mendao (Foro de la Sociedad Civil sobre VIH/SIDA).

También nos gustaría dar las gracias a todos los socios del proyecto ESTICOM por su apoyo y sus aportaciones, incluidos nuestros compañeros que trabajan en las encuestas EMIS y ECHOES. En concreto, nos gustaría dar las gracias a las personas al frente del consorcio del proyecto ESTICOM: el Dr. Ulrich Marcus, Caoimhe Cawley y Susanne Schink (RKI).

También queremos dar las gracias a las siguientes organizaciones, instituciones, proyectos europeos y a sus participantes por sus valiosas aportaciones: AIDS ACTION EUROPE, EATG, ECDC, NAM (Aidsmap), ECOM, Euro HIV EDAT, OptTest, INTEGRATE, EuroTEST y a los participantes en las Reuniones de Expertos en HSH en Berlín, organizadas por Deutsche Aidshilfe.

Agradecemos toda la ayuda que hemos recibido para encontrar posibles socios en varios países europeos. No hubiéramos podido llevar a cabo este programa de formación sin la ayuda de nuestras organizaciones asociadas en toda Europa, que han participado en este paquete de trabajo.

En particular, queremos dar las gracias a las más de 60 personas que han participado en los talleres de formación para formadores, a los organismos de los 24 países que organizaron formaciones piloto a nivel nacional y a los más de 40 formadores que ofrecieron estas formaciones piloto en sus países. Sin su energía, ayuda y trabajo, no hubiera sido posible llevar a cabo el programa de formación piloto. Muchas gracias también por su apoyo a Matthias Wentzlaff-Eggebert y Deidre Seery como moderadores de los talleres de formación para formadores.

Deseamos expresar nuestro especial agradecimiento a los expertos revisores interpares por su increíble trabajo a la hora de evaluar el material de formación de ESTICOM:

Mark Sergeant, Sensoa, Bélgica
Miguel Rocha, GAT, Portugal
Robert Hejzak, AIDS Pomoc, República Checa

Deutsche Aidshilfe

Terrence Higgins Trust

Co-funded by the Health Programme of the European Union

1. Material de formación y resumen del programa de ESTICOM

1.1 Introducción a esta formación

Este manual proporciona instrucciones paso a paso para los moderadores que llevan a cabo este curso de formación. Se divide en dos partes.

— La primera parte consta de una introducción para el formador: cómo y por qué se ha desarrollado el curso de formación; cómo prepararse para la formación; cómo llevarla a cabo, y detalles sobre la evaluación.

— La segunda parte describe los módulos de formación e incluye: un resumen del módulo; instrucciones para utilizar el módulo; finalidad y objetivos de aprendizaje del módulo y lecturas previas recomendadas. También se menciona si el módulo es presencial, o si solo está disponible mediante el aprendizaje en línea (online).

Además, cada módulo cuenta con notas explicativas para ayudar a los formadores a presentar las diapositivas y facilitar las actividades. Se pueden encontrar **aquí**. El material necesario para las actividades de cada módulo se puede encontrar **aquí** en formato listo para imprimir.

Nota sobre la terminología

En este manual, «moderador» hace referencia a la persona que dirige/lleva a cabo la formación y a su ayudante, mientras que «participantes» hace referencia a las personas que asisten al curso de formación. Consulte más adelante la nota sobre la distinción entre «formador» y «moderador».

Para hablar sobre los hombres gais, bisexuales y otros HSH, se utilizará generalmente el término «usuarios del servicio» o simplemente «usuarios», dado que los ACS no ven a los hombres con los que trabajan como «clientes». Si lo prefiere, puede preguntar al grupo de participantes qué término utilizan para referirse a los hombres con los que trabajan y utilizar esa definición.

El paquete de formación utiliza una combinación de «HSH» (u hombres que tienen sexo con hombres) o «hombres gais, bisexuales y otros HSH» para describir a las personas con las que acostumbran a trabajar los ACS. El problema es que HSH no es un término que utilice ni entienda el grupo objetivo (los propios HSH) y muchas de las problemáticas planteadas afectan a los hombres que se sienten atraídos sexualmente por otros hombres y tienen relaciones sexuales con ellos, sin importar cómo se describan. Lo importante es el estigma y la discriminación que sufre este grupo objetivo, no la terminología que utilizamos para referirnos a él.

1.2 Sobre esta formación

1.2.1 Concepto que sustenta el enfoque y los materiales

Se entiende que la prevención del VIH y las ITS entre HSH es un planteamiento integral y holístico basado en datos científicos, enfoques teóricos, experiencia y conocimientos de la comunidad.

Es obvio que el comportamiento está influenciado por la estructura ambiental, por ejemplo, los resultados muestran que una consecuencia insidiosa del estigma de la sociedad hacia la homosexualidad es la internalización de ese estigma por parte de los hombres gais y bisexuales; por lo tanto, llamar la atención sobre la importancia de fomentar la igualdad social para aceptar la propia identidad gay y ayudar a crear un sentido positivo de uno mismo, es una parte fundamental de cualquier trabajo que tenga como objetivo influir positivamente en la salud de los HSH.

En este sentido, la prevención incluye:

- Refuerzo de la autoaceptación y la autoestima
- Fomento de la aceptación de diversos estilos de vida por parte de la sociedad
- Empoderamiento para la autorresponsabilidad
- Protección, fomento y creación de hábitats/santuarios sexuales (p. ej., lugares seguros)
- Mediación de «destrezas sociales individuales»

Además, debemos abordar las consecuencias para la salud que se originan en las circunstancias ambientales e influyen en las conductas (el enfoque sindémico): las conductas protectoras, el consumo de sustancias y el bienestar emocional se perciben como epidemias que se entrelazan y refuerzan.

Una sindemia es «la agregación de dos o más trastornos o enfermedades en una población determinada donde un determinado nivel de interacción amplía los resultados negativos para la salud de cualquiera o de todos los síndromes incluidos en la sindemia». «Algunos de los trastornos (…) (es decir, depresión, trastorno por estrés postraumático, ansiedad, trastorno de ansiedad social, abuso de alcohol u otras drogas) son afecciones sindémicas con el VIH y, por tanto, deben abordarse con el fin de lograr resultados óptimos para los pacientes, tanto infectados como no infectados por el VIH» (Mimiaga et al. 2015).

Una vez comprendido lo anterior, una clave importante dentro del proceso de desarrollo de esta formación era entender la necesidad de cuestionar estos efectos perjudiciales que el estigma, los prejuicios y la homonegatividad tienen en los hombres gais, bisexuales y otros HSH, así como en los ACS que asisten a los módulos de formación.

El impacto de las expectativas de masculinidad, la «buena» conducta y la ausencia de «enfermedad» en cualquiera de sus formas son algunos de los factores clave que influyen en las actitudes y barreras que inhiben la oferta y el funcionamiento adecuados de los servicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH. Uno de los objetivos de la formación es ayudar a cuestionar estos mensajes recibidos y percibidos, y derribar las barreras que pueden hacer que los trabajadores juzguen a los usuarios de un servicio, por ejemplo, interrogando sobre su conducta sexual a hombres que han recibido tratamiento para la gonorrea varias veces, haciéndoles sentir que valen menos porque se han infectado con una bacteria. La forma en que se usa el lenguaje puede «aislar» a las personas y juzgarlas, al hablar sobre conductas y poblaciones «de riesgo». El uso de las investigaciones para culpar a los hombres gais, bisexuales y otros HSH por el aumento de la incidencia de las ITS y el VIH da la impresión de que culpa a los hombres de «no saber comportarse».

Ayudar a las personas a enfrentar y cuestionar estas actitudes tendrá una mayor influencia en la creación, la adopción y el uso de estos servicios que simplemente proporcionar a los ACS (en inglés las siglas de Community Health Worker son CHW) la información sobre buenas prácticas de la que disponemos. Uno de los principales objetivos de la formación presencial es facilitar que los participantes del curso se cuestionen sus actitudes, desarrollar sus habilidades y competencias, y ofrecer enlaces a fuentes validadas de información y apoyo para ayudarlos a mejorar su trabajo a nivel local y nacional. Usar los trabajos de apoyo de la UE disponibles y aprobados del ECDC, GETS y otros organismos ayudará a mejorar los niveles europeos de habilidades, conocimientos y competencias, y servirá para «armonizar» el trabajo que realizan los ACS en toda la región.

Este enfoque está respaldado por los hallazgos y recomendaciones de la investigación llevada a cabo como trabajo preparatorio para desarrollar el material del curso.

El uso de estas consideraciones y los factores de influencia de esta investigación dieron lugar a un enfoque amplio para desarrollar el módulo de:

— Un uso del desarrollo de habilidades basadas en competencias, junto con niveles apropiados de información y formación basadas en el conocimiento.

— Esta formación no se centra tanto en «impartir conocimientos» sin más como la formación previa.

— Usar las competencias profesionales y personales y la experiencia de los participantes en el espacio formativo para dar forma y practicar las habilidades a través de sesiones cortas para el desarrollo de «intervenciones».

— La integración de la comunicación explícita e implícita y el desarrollo de habilidades interpersonales, así como un enfoque en los modelos en contra de la homonegatividad, centrado en el desarrollo de habilidades y en la sensibilización de las necesidades personales continuas.

— Oportunidades para usar las experiencias personales con el fin de desarrollar intervenciones y modelos de trabajo culturalm ente apropiados y comprender mejor los mensajes y las fuentes de homofobia, homonegatividad y estigma (relacionados con la sexualidad y el VIH).

— El uso de experiencias comunes y comunitarias dentro de un marco de competencia cultural[1].

— Usar un enfoque culturalmente competente en los módulos, por ejemplo, lenguaje, enfoque, políticas, acuerdos, etc.

— El uso de recursos establecidos y aprobados de la Unión, como la guía del ECDC, informes técnicos, módulos, etc., para llevar a cabo un mejor trabajo en los módulos y como casos prácticos, por ejemplo, el European Test Finder del NAM

— Los conocimientos y sus cambios: para no tener que actualizar el contenido de los módulos periódicamente, la formación mencionará y enlazará a la información más actualizada disponible en línea.

El desarrollo del elemento de aprendizaje en línea del programa tiene como finalidad:

— Centrarse en proporcionar la información y los elementos basados en el conocimiento de la formación solo como aprendizaje en línea.

— Distanciarse del elemento de «seminario web», dado que las diferencias y limitaciones horarias y la disponibilidad de los formadores y los ACS afectarían a la posibilidad de participar y la amplia gama de temas dificultaría su asimilación.

— Poder alojarse en una amplia gama de plataformas por motivos económicos y para garantizar su futuro.

1.2.2 Uso de los materiales

Los materiales se componen de una serie de elementos que se combinan para crear la sesión de formación. Es importante utilizar todos los elementos sugeridos para que la sesión de formación fluya correctamente.

Estos elementos son:

Acuerdo de grupo: un acuerdo de grupo es diferente de las «normas fundamentales». Se trata de algo que usted, como moderador, crea con las aportaciones de los participantes. Tiene como finalidad crear un espacio de formación seguro y funcional que permita a los participantes trabajar conjuntamente y que el moderador también pueda hacerlo. Se trata, en efecto, de un acuerdo que el moderador y los participantes aceptan, en lugar de algo que se les impone. De este modo, el moderador puede avisar a los participantes de cualquier «infracción» del acuerdo que ellos mismos habrán aceptado. Por lo general, el contenido de un acuerdo de grupo incluye temas como la confidencialidad, trabajar en un espacio seguro, participar, permitir que el moderador decida cuándo avanzar y pasar un buen rato. Puede haber más temas; lo idóneo es que sean los participantes quienes los debatan y usted quien los acepte, según su propio criterio.

Ejercicios para romper el hielo: estos breves ejercicios se utilizan para que los participantes se conozcan y puedan trabajar mejor juntos. Por lo tanto, es importante escoger el ejercicio adecuado para comenzar la formación; se usarán al inicio de cada día si la formación se divide en varias jornadas.

Ejercicios para recuperar el ritmo: ejercicios breves para que los participantes recuperen la energía después de un ejercicio largo o una pausa. A la hora de efectuar los ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo, así como con los demás ejercicios de la formación, tenga presente que puede haber

[1]Competencia cultural: un conjunto definido de ética y principios, conductas demostradas, actitudes, políticas y estructuras que permiten que el trabajo se desarrolle de manera eficaz en distintas culturas.

personas con problemas de movilidad y valore si los ejercicios escogidos funcionarán en el aula. En todos los programas de formación deben llevarse a cabo tanto ejercicios para romper el hielo como para recuperar el ritmo.

Habilidades de comunicación: ejercicios dedicados a practicar las habilidades comunicativas de los participantes, generalmente de formas distintas a las habituales. Ayuda a los participantes a reflexionar sobre su propia forma de comunicarse y les da la opción de identificar otras formas posibles de comunicación, tanto presencial como a través de mensajes de texto y correos electrónicos.

Habilidades interpersonales: estos ejercicios ayudan a los participantes a descubrir cómo pueden mejorar su forma de trabajar con los usuarios del servicio. Conciencian sobre el espacio personal, el lenguaje corporal y la comunicación sin hablar, para poder desarrollar todo un modo de trabajar con las personas.

Ejercicios presenciales: la mayoría del material disponible se utilizará en las sesiones de formación presenciales. Estos ejercicios ofrecen a los participantes la mejor ocasión para aprender de las habilidades y experiencias de los demás, y sirven al moderador para reflexionar sobre antiguas formas de pensar que podrían ser una barrera a la hora de trabajar de forma efectiva con hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Aprendizaje en línea: algunos ejercicios solo se ofrecen como módulos de aprendizaje en línea. Esto se debe principalmente a que son ejercicios que requieren asimilar mucha información y conocimientos, por lo que no se podrían realizar con eficacia de forma presencial. Al ofrecerse como aprendizaje en línea, los participantes pueden acceder y trabajar en ellos a su propio ritmo cuando mejor les convenga. Es posible acceder al material de aprendizaje en línea a través de la plataforma de formación de ESTICOM en www.msm-training.eu.

Evaluación de necesidades: se lleva a cabo una evaluación de necesidades para averiguar cuáles son las más importantes en el grupo con el que se trabaja. Aunque algunas necesidades serán generales en una región local, siempre es mejor trabajar con las necesidades específicas de los participantes. Debe realizarse al menos 6 semanas antes de la fecha de la formación para poder desarrollar un programa formativo adecuado. Consulte la sección sobre la Evaluación de las necesidades más adelante en el presente documento.

Evaluación: es importante evaluar la formación una vez finalizada para comprobar su eficacia. Para ello, tiene a su disposición una evaluación previa y posterior al curso. Consulte la sección sobre la Evaluación para obtener más información.

1.2.3 Espacio

La formación se puede llevar a cabo en cualquier espacio adecuado (consulte Lugar del curso), siempre que se pueda trabajar cómodamente en él. Por lo tanto, se puede desarrollar en los mismos lugares donde presta servicio el personal que forma parte de la formación o en otros espacios adecuados, como salas de conferencias o aulas de formación. Todo depende, obviamente, del presupuesto disponible para estos lugares.

1.2.4 Destinatarios de la formación

Los principales destinatarios de estas sesiones de formación son los agentes comunitarios de la salud que actúan principalmente con hombres gais, bisexuales y otros HSH. Un agente comunitario de la salud se define básicamente como una persona que trabaja con hombres gais, bisexuales y otros HSH en temas relacionados con su salud sexual en un entorno comunitario. Puede tratarse de voluntarios que efectúan labores de difusión con hombres gais, bisexuales y otros HSH o de médicos que apoyan la iniciativa de pruebas comunitarias de un servicio determinado.

1.2.5 Desarrollo de los materiales

Este curso de formación ha sido desarrollado como parte del proyecto de ESTICOM por un consorcio de socios europeos que trabajan conjuntamente en tres objetivos:

— Objetivo 1: EMIS 2017 (socios)

— Objetivo 2: ECHOES (socios)
— Objetivo 3: un conjunto de herramientas de formación para agentes comunitarios de la salud (ACS) que actúan con HSH en ámbitos comunitarios (socios)

La estructura y el contenido de este curso de formación se han creado con base en la extensa investigación realizada en la primera fase de la investigación de ECHOES y el desarrollo de la formación de ESTICOM, que incluyó una revisión de los módulos de formación ya existentes disponibles en toda Europa. Para crear este material de formación, posteriormente se continuó con el desarrollo y la administración de una formación de formadores y las consiguientes pruebas piloto de los materiales en 19 Estados miembros de la Unión, donde participaron ACS de 24 países, lo cual se evaluó para garantizar su efectividad. Encontrará más información sobre este proceso, incluida la evaluación del material, en www.esticom.eu

1.2.6 Una formación complementaria a su programa formativo

Muchos servicios y regiones ya disponen de programas de formación para los agentes comunitarios de la salud. Gracias a las investigaciones llevadas a cabo para respaldar el desarrollo de los módulos de formación, sabemos que más del 90 % del trabajo es informativo y basado en el conocimiento. Como tal, esta formación complementa dicho trabajo a través de un enfoque «empírico», ayudándolos con habilidades prácticas y conocimientos. Ayuda a las personas a comprender cómo pueden convertir la información y los datos en iniciativas prácticas para trabajar con HSH.

1.2.7 Estructura de la formación

Esta formación es un programa formativo modular con distintas herramientas. Este sistema implica que usted, como mediador, se encargará de escoger entre la gama de módulos disponibles para crear una sesión de formación adecuada para los participantes, después de evaluar sus necesidades.

Dispone de un resumen de la estructura del curso y de un plan de estudios que pueden ayudarle a determinar qué ejercicios escoger y si se trata de ejercicios presenciales o de aprendizaje en línea

Formación de ESTICOM: estructura del curso

Formación presencial

CONOCER A LA COMUNIDAD CON LA QUE TRABAJAS (Competencia cultural)

- «Cuando era joven...»: comprender cómo influyen los mensajes que recibimos en nuestras actitudes
- Cómo mejorar el acceso, los servicios y la adherencia en la atención sanitaria
- Trabajar con poblaciones o comunidades de HSH

CUESTIONAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

- Grupos vulnerables de HSH y sus necesidades de salud sexual
- Concienciar sobre las causas del estigma sobre el VIH/SIDA y la sexualidad
- Crear un servicio y entorno libres de prejuicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH
- Atraer a los usuarios de su servicio y hacer que se impliquen
- Comprender los modelos de producción de sindemias y su influencia en nuestro trabajo
- Reconocer los sistemas complejos sanitarios y cómo pueden abordarse

TRABAJAR EN ASOCIACIONES

- Identificar y crear buenas prácticas para trabajar en asociación con servicios de salud comunitarios y oficiales
- Trabajar con organizaciones LGTBIQ+ y otros servicios

PREVENCIÓN

- Utilizar técnicas de entrevista motivacional en su trabajo
- Conocimiento y uso del tratamiento como prevención (TCP) (en inglés es TasP), indetectable = intransmisible (I=I), PrEP, PPE y autotest o autotoma de muestra para HSH
- «Intervenciones de primera línea»: trabajar con HSH mediante intervenciones de información y asesoramiento individuales y en grupo; entrevistas motivacionales y asesoramiento y pruebas de VIH e ITS en entornos comunitarios.

Formación presencial y aprendizaje en línea

PREVENCIÓN

- ITS: síntomas y tratamientos
- Chemsex: consumo de sustancias en contextos sexuales
- «¿Qué significa sexo más seguro en la actualidad?»

Es posible acceder al material de aprendizaje en línea a través de la plataforma de formación de ESTICOM en www.msm-training.eu

Aprendizaje en línea

PREVENCIÓN

- Comprender la dinámica epidemiológica de la infección por VIH en HSH en Europa
- Utilizar modelos de promoción de la salud para facilitar cambios conductuales

ESPACIOS E INTERVENCIONES

- Espacios útiles para intervenciones centradas en HSH
- Mejorar la vinculación y la fidelización en la atención sanitaria
- Campañas contra el estigma: aprender de las intervenciones de VIH/SIDA y HSH/LGTB

DESARROLLO DE COMPETENCIAS
• Utilizar el marketing social para interactuar con HSH • Crear formación a medida para los servicios especializados

Es posible acceder al material de aprendizaje en línea a través de la plataforma de formación de ESTICOM: www.msm-training.eu

Plan de estudios para las formaciones regionales y nacionales

Estos son los planes de estudios para los programas de formación regionales y nacionales basados en los materiales de ESTICOM.

Para garantizar que todos los participantes desarrollen una amplia gama de competencias en todas las disciplinas, se recomienda encarecidamente que se incluya como mínimo un elemento que se ocupe de la comunicación y las competencias interpersonales en cada parte de la formación. Otros temas de la formación se recogen en grupos que proponen las mejores opciones probables según las necesidades de las distintas regiones en las que se lleva a cabo la formación.

También se recomienda encarecidamente que toda la formación ofrecida mediante estos materiales se centre en los temas tratados en las secciones «Conocer a la comunidad con la que trabajas» y «Cuestionar el estigma y la discriminación».

En última instancia, las decisiones sobre qué módulos temáticos formarán cada sesión de formación se tomarán después de llevar a cabo la Evaluación de necesidades para esa región y de identificar los indicadores de necesidades. También se pueden utilizar otros ámbitos de conocimiento no identificados en la evaluación de necesidades.

La formación se ha dividido en tres enfoques:

- Presencial: el moderador se encargará de llevar a cabo los ejercicios con los participantes en la sala.
- Presencial y en línea: parte de los ejercicios se realizan de forma presencial y también se proporciona información adicional importante en los módulos de aprendizaje en línea.
- Aprendizaje en línea: estos módulos, principalmente de información y conocimiento, se ofrecen solo como aprendizaje en línea para que los usuarios los completen cuando tengan tiempo.

En este documento, el tipo de enfoque se indica con la siguiente clave:

Pres.: módulos presenciales

EL: módulos de aprendizaje en líne

Plan de estudios A: competencias

- Competencias comunicativas e interpersonales (Presencial.):
  - Comunicación espalda contra espalda
  - Comunicación no verbal y exploración de la distancia relativa
  - Comunicación a través del origami
  - Siga todas las instrucciones
  - Ir a una fiesta
  - Escuchar sin hablar
  - Samaritanos
  - Conocimiento de la situación

- Conocer a la comunidad con la que trabajas (Pres.):
  - «Cuando era joven…»

- Conocer a la comunidad con la que trabajas (Pres.):
  - Cómo mejorar el acceso, los servicios y la fidelización en la atención sanitaria

- Conocer a la comunidad con la que trabajas (Pres.):
  - Trabajar con poblaciones o comunidades de HSH

- Cuestionar el estigma y la discriminación (Pres.):
  - Concienciar sobre las causas del estigma sobre el VIH/SIDA y la sexualidad

- Cuestionar el estigma y la discriminación (Pres.):
  - Grupos vulnerables de HSH y sus necesidades de salud sexual

Plan de estudios B: conceptos básicos

- Prevención (Pres.):
  - Utilizar técnicas de entrevista motivacional en su trabajo

- Espacios e intervenciones (En Línea):
  - Espacios útiles para intervenciones centradas en HSH

- Prevención (EL):
  - Comprender la dinámica epidemiológica de la infección por VIH en HSH en Europa

- Prevención (Pres. y EL):
  - ITS: síntomas y tratamientos

- Trabajar en asociaciones (Pres.):
  - Identificar y crear buenas prácticas para trabajar en asociación con servicios de salud comunitarios y oficiales

- Trabajar en asociaciones (Pres.):
  - Trabajar con organizaciones LGTBIQ+ y otros servicios

Plan de estudios C: buenas prácticas

- Prevención (Pres. y EL):
  - ¿Qué significa sexo más seguro en la actualidad?

- Prevención (Pres.):
  - «Intervenciones de primera línea»: trabajar con HSH mediante intervenciones de información y asesoramiento individuales y en grupo; entrevistas motivacionales y asesoramiento y pruebas comunitarias de VIH e ITS.

- Cuestionar el estigma y la discriminación (Pres.):
  - Atraer a los usuarios de su servicio y hacer que se impliquen

- Cuestionar el estigma y la discriminación (Pres.):
  - Crear un servicio y entorno libres de prejuicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH

- Espacios e intervenciones (EL):
  - Mejorar la vinculación y la adherencia en la atención sanitaria

Plan de estudios D: desarrollo

- Prevención (EL):
  - Utilizar modelos de promoción de la salud para facilitar cambios conductuales

- Cuestionar el estigma y la discriminación (Pres.):
  - Comprender los modelos de producción de sindemias y su influencia en nuestro trabajo

- Cuestionar el estigma y la discriminación (Pres.):
  - Reconocer los sistemas complejos sanitarios y cómo pueden abordarse

- Prevención (Pres.):
  - Conocimiento y uso del tratamiento como prevención (TasP, por sus siglas en inglés), indetectable = intransmisible (I=I), PrEP, PPE y autotest o autotoma de muestras para HSH

- Prevención (Pres. y EL):
  - Chemsex: consumo de sustancias para la práctica sexual

- Espacios e intervenciones (EL):
  Campañas contra el estigma: aprender de las intervenciones de VIH/SIDA y HSH/ LGTBIQ+

- Desarrollo de competencias (EL):
  - Utilizar el marketing social para interactuar con HSH

- Desarrollo de competencias (EL):
  - Crear formación a medida para los servicios especializados

1.2.8 ¿Necesito permiso para utilizar estos materiales?

Este curso de formación pertenece a la Comisión Europea (© Unión Europea, 2019) y, por tanto, su reproducción está sujeta a la política de reutilización de la Comisión (2011/833/UE http://bit.ly/309g99N). En resumen, esto significa que puede utilizar el curso de formación de nuevo siempre que mencione la fuente. Al descargar este material, indica que entiende y acepta el Acuerdo de descarga que constituye la base para cualquier uso de este material de formación. El aviso de derechos de autor correspondiente ya está incluido en las diapositivas; los formadores deben asegurarse de que siempre aparezca en caso de modificarlas.

Es importante que este material se utilice para los fines para los que se desarrolló, que es esencial comprender las actitudes negativas y cuestionar el estigma y la discriminación en torno al VIH/SIDA, la orientación y las conductas sexuales, incluido el consumo de sustancias, para que las personas reciban la atención y el tratamiento adecuados. Los juicios acerca de las personas o sus conductas no son bienvenidos en este curso y se cuestionarán y discutirán en profundidad con cualquiera que los exprese.

1.3 Estructura del presente documento

1.3.1 Objetivo de la formación

El objetivo general de este curso de formación es concienciar sobre la influencia social en las desigualdades en materia de salud para hombres gais, bisexuales y otros HSH, y cómo el estigma y la discriminación actúan como barreras que aumentan estas desigualdades. La formación está orientada a agentes comunitarios de la salud (ACS) que actúan con hombres gais, bisexuales y otros HSH en entornos comunitarios (principalmente en relación con el VIH/SIDA, las ITS y las hepatitis víricas, pero también otros problemas sanitarios, como la salud mental), proporcionándoles experiencias, competencias y conocimientos para superar las barreras identificadas en conexión con la prestación de cuidados sanitarios para hombres gais, bisexuales y otros HSH.

1.3.2 Materiales y ejemplos del curso

El curso de formación consta de los siguientes componentes:

MANUAL PARA FORMADORES

- Estructura y contenido del curso de formación
- Descripción detallada del contenido del curso de formación (diapositivas, documentos de formación, material didáctico)
- Recomendaciones para impartir correctamente los módulos de formación

MATERIAL DIDÁCTICO

- Diapositivas de PPT
- Hojas de trabajo para los participantes

MATERIALES DE EVALUACIÓN

- Descripción de las herramientas, los tiempos y los procedimientos para evaluar la formación
- Cuestionarios

El contenido de los módulos de formación (incluidas las actividades en grupo, los casos prácticos y la selección de diapositivas) se puede adaptar en función del contexto local y las necesidades específicas de la formación (consulte la sección «Complementos y actualizaciones de los materiales»).

Sesión de formación y ejemplos del programa:

A continuación encontrará un ejemplo de una posible sesión de formación de medio día que trata sobre las actitudes, el estigma y la discriminación:

1. Comenzar el grupo
2. Presentaciones
3. Acuerdo de grupo
4. Ejercicio para romper el hielo: ¿cuánto usas?
5. Módulo uno: cuando era joven
6. Ejercicio para recuperar el ritmo: tiburones y pingüinos
7. Módulo dos: concienciar sobre las causas del estigma sobre el VIH/SIDA y la sexualidad
8. Comentarios y clausura

A continuación, encontrará un posible enfoque para desarrollar un programa de formación para un conjunto de participantes que posiblemente trabajan en el mismo centro o servicio. Escoja elementos de la sección indicada basándose en los resultados de la Evaluación de necesidades efectuada.

1. Desarrollar sus «competencias comunicativas e interpersonales»
2. Trabajo básico:
   - «Conocer a la comunidad con la que trabajas»
   - «Cuestionar el estigma y la discriminación»
   - Comprender la «prevención»
3. Buenas prácticas: comprender qué son las «buenas prácticas» en la prestación de servicios para HSH
   - «Prevención»
   - «Trabajar en asociaciones»
4. Desarrollo posterior
   - «Prevención»
   - «Espacios e intervenciones»
   - «Desarrollo de competencias»

1.4 Preparación de la formación

1.4.1 Evaluación de necesidades

Junto a estos materiales encontrará un documento de evaluación de necesidades que le permite centrarse en las necesidades de formación de los participantes con los que trabaja. Es importante recordar lo siguiente:

- Llevar a cabo la evaluación de necesidades un mínimo de 6 semanas antes de la fecha de la formación para que los participantes puedan completarla, se puedan procesar los datos de las evaluaciones completadas y seleccionar los materiales didácticos.
- Que el documento incluya una lista completa de las necesidades, así como una idea continua de las necesidades de formación del grupo que probablemente no se puedan abordar en solo una o dos sesiones. En primer lugar, dé prioridad a las necesidades del grupo y comprenda que es posible que el grupo no considere que centrarse en el estigma, la discriminación y la actitud sea una necesidad, pese a que las investigaciones demuestran que son necesidades importantes.
- Deberá completar una nueva evaluación de necesidades para cada grupo de participantes.

1.4.2 Preparación de los moderadores

Es de suma importancia que los moderadores se preparen para impartir esta formación. Independientemente de si los moderadores disponen de experiencia o conocimientos previos sobre las desigualdades en materia de salud de las personas LGTBIQ+ ambos formadores deben dedicar tiempo a estudiar todos los materiales necesarios de la siguiente manera:

- Lea y estudie este manual de formación;
- Consulte la información sobre el proyecto ESTICOM disponible en www.esticom.eu
- Familiarícese con el contenido del glosario
- Busque información local para complementar los materiales de formación seleccionados.

Además, la lectura obligatoria para cada módulo se especifica en la sección de introducción de la descripción del mismo.

Los moderadores también deben repartirse las responsabilidades entre ellos, tanto en términos de preparación como de gestión del curso de formación.

1.4.3 Materiales necesarios

Los materiales necesarios para cada ejercicio se describen en el módulo del mismo. Por lo general, no se requiere mucho más que un rotafolio, libretas, papel y bolígrafos para los participantes, así como los módulos de formación de la sesión. Para realizar algunos ejercicios, será necesario mostrar diapositivas de PowerPoint y que los participantes utilicen la hoja de trabajo preparada al efecto. Algunos ejercicios de apoyo utilizan otros recursos, que se detallan en la descripción del ejercicio.

1.4.4 Lugar del curso

Se recomienda que el curso de formación se imparta en un lugar apropiado, silencioso, cómodo y accesible para **todos** los participantes. Puede tratarse de una sala en las oficinas donde se presta el servicio y donde trabajan la mayoría de los participantes, para facilitar su asistencia. También puede ser un espacio en un hotel, un centro de conferencias o las oficinas de una entidad o institución colaboradora.

La sala debe ser lo suficientemente grande para todos los participantes que asistan y se deben poder mover las sillas para favorecer el desarrollo de las actividades. También debe haber disponible un proyector de diapositivas para presentaciones de PowerPoint y un rotafolio.

Se recomienda preparar la sala con los asientos en forma de semicírculo, para fomentar la participación y garantizar, al mismo tiempo, que las diapositivas se puedan ver sin problemas.

Como mediador, es crucial prepararse por adelantado para que el curso de formación se desarrolle de forma eficiente y adecuada. Para ello, es importante prestar atención a los siguientes aspectos:

- Asegúrese de que la temperatura de la sala sea agradable, que la iluminación sea la adecuada y que las diapositivas se puedan leer sin problemas
- Asegúrese de conocer los elementos de servicios y seguridad del lugar, incluidos, entre otros, los siguientes: pruebas de la alarma de incendios, vías de evacuación, ubicación de los aseos, zonas de descanso para tomar algo (y sus horarios)
- Asegúrese de que el tamaño de la sala sea adecuado
- Organice un aperitivo o acceso a refrigerios para los participantes
- Instale cualquier dispositivo electrónico que sea necesario para el curso de formación
- Proporcione la información logística correcta a los participantes (p. ej.: mapa del lugar, ubicación de los aseos, indicaciones de descanso y almuerzo, programa)
- Cíñase al programa

1.4.5 Selección

Aunque se recomienda encarecidamente que seleccione a los participantes del curso en función de la evaluación de necesidades efectuada, es posible que no tenga toda la información que necesita sobre ellos para que el curso sea lo más efectivo posible.

Cuando envíe las cartas de invitación al curso, junto con la información habitual que debe mencionar, como la fecha y hora de inicio de la formación, la ubicación e indicaciones para llegar, también deberá hacer algunas preguntas complementarias a los participantes. Estas preguntas se denominan preguntas «demográficas» y suelen consistir en aspectos como la edad, la identidad de género o la identidad u orientación sexual.

Es muy importante que, junto con cualquiera de las preguntas que elija utilizar, pregunte si alguien tiene alguna necesidad adicional, como «¿Utiliza silla de ruedas?, «¿Necesita un intérprete de lengua de signos?» y «¿Tiene necesidades dietéticas especiales?». De esta manera, las personas podrán comunicarle sus necesidades y usted tendrá de antemano la información necesaria para realizar cualquier ajuste de los ejercicios para romper el hielo, recuperar el ritmo y de competencias comunicativas e interpersonales, y permitir que todos los participantes de la formación puedan asistir sin problemas.

1.4.6 Complementos y actualizaciones de los materiales

Es posible que ciertos términos, conceptos o dichos en los otros idiomas en los que está disponible este material no se puedan traducir fácilmente, y viceversa.

Algunos idiomas carecen de palabras equivalentes para describir los diversos términos del presente documento. Por esta razón, si estos módulos se traducen a otros idiomas además de los ya disponibles, se debe tener especial cuidado para garantizar que los significados de los términos sean precisos. Tenga en cuenta que algunos términos pueden ser aceptables en algunos idiomas, pero inadecuados o despectivos en otros.

Puede integrar información local pertinente en los módulos de formación que se proporcionan aquí y, de hecho, se lo recomendamos. Un ejemplo podría ser incluir información epidemiológica sobre el VIH a nivel regional o nacional.

A los moderadores quizás pueda interesarles colaborar con otros servicios locales, especialmente si la formación está dirigida a personas que trabajan en un entorno clínico. Puede resultar útil ponerse en contacto con organizaciones y asociaciones locales LGTBIQ+ para fomentar los vínculos, trabajar de forma colaborativa e intercambiar información que ayude a mejorar la experiencia formativa.

1.5 Impartir la formación

1.5.1 Enfoque

El método principal que se utiliza es un enfoque empírico y práctico de los materiales de formación, utilizando las competencias, la experiencia y los conocimientos de los participantes como motor de los debates que se mantienen a lo largo de la formación.

A lo largo del curso de formación, se recomienda fomentar la participación activa de todos los asistentes, incluido el intercambio de experiencias, competencias y conocimientos profesionales y personales, para que puedan contribuir a los debates, garantizándose en todo momento que las conversaciones más relevantes y la cohesión del grupo no se vean perjudicados.

1.5.2 Gestión de las actividades prácticas

Es importante que los participantes sepan qué se espera de ellos en cada actividad y de cuánto tiempo disponen para completarla. Las instrucciones y los materiales necesarios para cada actividad se describen en detalle en la sección correspondiente de este manual, junto con el tiempo asignado.

Trabajo en grupos pequeños:
Anime a los participantes a trabajar con diferentes personas a lo largo de las sesiones y, si está formando a participantes de distintos centros o servicios, anímelos a trabajar por parejas o en grupos pequeños mixtos.

Desplácese por los diferentes grupos para observar la dinámica, ayudar a los participantes y facilitar y fomentar el debate, si es necesario.

Un breve comentario sobre los «role playing» o «dramatizaciones». En algunos de estos ejercicios, los participantes practican sus competencias en el espacio de trabajo. Sin embargo, estos términos pueden causar mucha ansiedad a ciertas personas y crear una barrera que les impida trabajar de forma eficaz y aprovechar el ejercicio al máximo. Por lo tanto, es mejor llamar a estas sesiones «prácticas en grupos pequeños».

Trabajo en grupos grandes:
Si cree que le puede resultar útil el rotafolio para resumir los temas de debate principales, no hay problema, pero recuerde que no debe escribir todo lo que digan los participantes. Recuerde a éstos que no hay respuestas correctas o incorrectas, para no coartar su participación.

Trate de obtener respuestas del grupo antes de ofrecer sus propias sugerencias. Refresque la memoria de los participantes cambiando las palabras de la pregunta, manteniendo su significado.

Si ofrece una sugerencia, asegúrese de que el grupo esté de acuerdo con ella antes de anotarla en el rotafolio.

1.5.3 Actuar como moderador, NO como formador

Es muy importante comprender la diferencia entre «formador» y «moderador» en el contexto de este curso.

Un «formador» es generalmente alguien que imparte conocimientos e información a otras personas, habitualmente a través de presentaciones de PowerPoint u otros recursos. El conocimiento y la información fluyen del «formador» a los «participantes» en sentido unidireccional. Este proceso recibe el nombre de «aprendizaje pedagógico».

Un «moderador» intenta que todos los presentes en la sala aprendan a base de aportar sus experiencias y competencias a la sesión de formación: los participantes aprenden del moderador y unos de otros, mientras

que el moderador aprende también de los participantes. Los conocimientos y la información fluyen entre el «moderador» y los «participantes» en ambas direcciones. Este proceso recibe el nombre de «aprendizaje andragógico».

Se trata de algo importante, dado que las competencias y experiencias de todos en la sala son igual de válidas para aprender lo máximo posible de los temas tratados en estos módulos de formación, y para utilizar de forma apropiada las competencias y experiencias de todos los presentes a la hora de debatir posibles soluciones a los problemas a los que se enfrentan los ACS en su trabajo.

1.5.4 Conversaciones difíciles

Su trabajo como formador es:

- Estimular el debate
- Ofrecer sesiones de formación seguras, cómodas e inspiradoras
- Garantizar que todos los participantes tengan la ocasión de expresar sus opiniones
- Respetar sus distintos puntos de vista y su silencio

Para ello, puede crear un acuerdo de grupo efectivo y asegurarse de recordarlo a los participantes, si es necesario.

Además, los participantes pueden reaccionar de forma distinta a los contenidos y actividades del curso de formación. Pueden llegar a surgir sentimientos negativos en los participantes que se identifican como LGTBIQ+ o que conocen a hombres gais, bisexuales y otros HSH en algunos de los ejercicios, e incluso puede dejarse entrever algo de homofobia internalizada en algunas de las respuestas y conversaciones.

Pese a que es muy poco probable que suceda, visto el grupo al que va dirigida la formación, no se deben permitir ataques directos a personas LGTBIQ+ ni tampoco a los demás participantes, en función de su identidad o experiencias, incluidos, entre otros, sus características sexuales, identidad de género u orientación sexual, aunque sean en tono «humorístico». Cualquiera de estos ataques deberá comentarse.

Es su responsabilidad abordar estos incidentes cuando ocurran y asegurarse de que no se repitan. Este tema debe quedar claro al comienzo del curso de formación, cuando establezca el acuerdo de grupo que se debe respetar a lo largo de la formación, incluida cualquier norma de «espacio seguro» que se haya podido añadir.

Los moderadores deben aclarar este aspecto teniendo en cuenta que los participantes deben respetar la norma de espacio seguro y, al mismo tiempo, sentirse libres de expresar sus dudas o preguntar lo que no entiendan.

Es más probable que los participantes hagan comentarios que no vayan dirigidos a nadie en particular, pero que sean negativos o se basen en estereotipos y que hagan referencias al colectivo LGTBIQ+ en general. Algunos de los temas y cuestiones que se incluyen en la formación pueden ser nuevos para muchos participantes que, de forma deliberada o inconsciente, tengan puntos de vista con prejuicios, estereotipados o negativos sobre temas relacionados con las personas LGTBIQ+. Estos puntos de vista pueden surgir a través de comentarios o conversaciones difíciles durante el curso de formación.

Su responsabilidad sigue siendo la de mantener un espacio seguro para todos los participantes durante el curso de formación, pero también la de educarlos a través de la formación.

Esto significa que el espacio que ofrece es un lugar donde las personas pueden abrirse y ser honestas, donde pueden cometer errores y aprender de ellos ahora en vez de cuando estén trabajando con hombres gais, bisexuales y otros HSH. También significa que usted se encarga de buscar comentarios u opiniones estereotipadas que expresen los participantes sobre otros miembros de la comunidad LGTBIQ+ y ayuda a cuestionar esas opiniones con calma y apoyo.

Esta sección le ofrece orientación para lidiar con comportamientos que atentan contra el colectivo LGTBIQ+ y conversaciones difíciles durante el curso de formación. Aquí tiene algunos pasos para lidiar con conversaciones o comentarios negativos:

Fórmese y prepárese:
Lea todos los materiales de formación y asegúrese de conocer la terminología adecuada y de sentirse cómodo con el tema. Tenga en cuenta que los comentarios difíciles pueden presentarse de muchas maneras y pueden hacer referencia también a otros miembros de la comunidad LGTBIQ+, no solo a hombres gais, bisexuales y otros HSH.

No se enfrente directamente a los participantes por sus opiniones ni les diga que están equivocados: muestre aceptación e interés en lo que los participantes aportan al curso de formación (p. ej.: utilice preguntas abiertas y preste atención para evitar cualquier conducta crítica no verbal). Asegúrese de reconocer lo que dicen: «Esta es tu opinión, pero me gustaría subrayar que…» o «Puedo ver que se trata de un tema importante para ti, pero me gustaría recalcar que…». También puede utilizar la ayuda de otros participantes comentando: «Esta es tu opinión/experiencia, ¿alguien tiene una opinión/experiencia diferente?

Utilice uno de los siguientes enfoques para abordar la conversación o el comentario problemáticos:

- Enfoque del ámbito de la formación: si se da el caso, recuerde a los participantes que el tema debatido está fuera del ámbito del curso de formación y que no hay tiempo suficiente para entrar en esa conversación.
- Enfoque del objetivo de la formación: recuerde a los participantes el objetivo del curso de formación: concienciar a los ACS sobre el estigma, la discriminación y las desigualdades en materia de salud de los hombres gais, bisexuales y otros HSH, y dotarles de las herramientas necesarias para contrarrestar dichas desigualdades.
- Enfoque sanitario: todo el mundo debe poder acceder a los más altos estándares de salud, independientemente de quiénes sean o qué derechos tengan en un país o contexto determinado.
- Enfoque terminológico: fomente que los participantes utilicen la terminología LGTBIQ+ y recuérdeles la importancia de usar una terminología positiva, respetuosa y apropiada a la hora de hablar de cuestiones LGTBIQ+.
- Enfoque normativo: recuerde a los participantes que, como agentes comunitarios de la salud o profesionales médicos, deben seguir las pautas y los estándares sanitarios nacionales e internacionales, incluidos aquellos específicos para la atención sanitaria de las personas LGTBIQ+.
- Enfoque de diversidad: para evitar generalizaciones negativas, recuerde a los participantes la diversidad de las personas que forman la comunidad LGTBIQ+ (es posible que los participantes conozcan a personas LGTBIQ+ que se comportan de cierta manera o dicen ciertas cosas, pero eso no significa que toda la comunidad LGTBIQ+ sea igual).

1.5.5 Conclusiones del ejercicio y recapitulación

Algunos ejercicios acaban de forma aparentemente «natural», mientras que en otros deberá decidir como moderador cuándo deben acabar. A menudo, es más bien una cuestión de cuánto puede durar una conversación que sea interesante y útil para todos los participantes. Estos temas se tratan en las instrucciones de cada módulo y en la preparación del moderador. Muchas veces se hacen preguntas concretas y, cuando se han abordado en el debate o acaba el tiempo estipulado, es momento de finalizar el ejercicio. Muchos debates se repiten entre ejercicios, por lo que puede haber tiempo para escuchar lo que alguien quería haber dicho en otro ejercicio.

Los 5 minutos restantes de cada día de formación se reservan para la recapitulación.

Pida a los participantes que piensen en:

- Algo que hayan aprendido
- Algo que pondrían en práctica después del curso de formación

Por ejemplo, puede plantear:

«Ahora tenéis 5 minutos para pensar en algo que hayáis aprendido en esta sesión de formación y en algo que pondríais en práctica en vuestro trabajo. Podéis hablarlo con la persona sentada a vuestro lado y, a continuación, compartirlo con el grupo. Seguro que sirve de ayuda a otros participantes».

1.6 Evaluación

1.6.1 La importancia de evaluar sus sesiones

Es importante saber que las sesiones de formación que ha llevado a cabo han influido en los participantes y los ha ayudado a desarrollar sus conocimientos, su comprensión y sus competencias. Por eso, en cada formación es importante utilizar un cuestionario de evaluación antes de empezarla y una vez concluida.

Como hay muchos más módulos de los que se podrían usar en una sesión de formación, deberá crear una evaluación específica basándose en los materiales utilizados, recopilando las preguntas relacionadas con cada ejercicio en un cuestionario a cumplimentar antes del curso y en otro cuestionario para responder una vez concluido.

Al evaluar los resultados, se espera que los participantes tengan una mejor comprensión del tema, aunque es necesario saber que la confianza de algunas personas en sus enfoques puede verse afectada si los materiales del curso y todo lo aprendido cuestionan dichos enfoques, lo cual también puede verse reflejado en las puntuaciones de la evaluación.

1.6.2 Materiales para evaluar

Junto con este documento recibirá también un documento de evaluación completo, así como una plantilla para crear sus cuestionarios para antes y después del curso.

1.7 Resumen

Lista de comprobación para moderadores

Antes de la formación

Lleve a cabo una evaluación de necesidades para poder decidir qué ejercicios son más importantes para la sesión que planifica.

Estudie

Estudie todo el paquete de formación y otros materiales necesarios para conducir las sesiones escogidas.

Identifique

Identifique cualquier dato local, trabajo o iniciativa que pueda añadir a los materiales de formación con el fin de que sean más completos para los participantes.

Adapte los materiales didácticos

Adapte los materiales con el material local adecuado.

Observe y reparta las funciones

Reparta las funciones con el otro mediador, en su caso.

Seleccione participantes

Lo idóneo sería que participaran las personas que respondieron a la evaluación de necesidades, para que la formación se ajuste a estas. Recuerde preguntar a los participantes sobre sus necesidades específicas, por ejemplo, un espacio que resulte accesible para sillas de ruedas, un intérprete de lengua de signos, o si siguen una dieta concreta en caso de que se ofrezca algún tipo de tentempié.

Seleccione un lugar

Seleccione un lugar para la formación teniendo en cuenta las pautas indicadas.

Traduzca los materiales de formación

Si no están disponibles en el idioma que utilizará con los participantes, utilice como fuente el idioma que le resulte más fácil de traducir, no tiene por qué ser el inglés.

Prepare e imprima

Prepare e imprima todos los materiales de apoyo que necesitará durante el curso de formación, incluidos:

- Los cuestionarios de evaluación para antes y después del curso
- El programa de la sesión o sesiones, incluidos los descansos y pausas para comer algo
- Las hojas de trabajo y materiales necesarios para las actividades, si es necesario
- Los formularios de control de asistencia de los participantes
- Cualquier otro documento solicitado, p. ej., certificados de asistencia

Durante la formación

Antes de comenzar el curso de formación, pida a los participantes que rellenen el cuestionario de evaluación y se lo entreguen.

Anime a todos a participar de forma activa y a contribuir a los debates. Fomente dichos debates teniendo en cuenta las expectativas de los participantes.

Proporcione instrucciones claras sobre cómo llevar a cabo las actividades y sobre el tiempo asignado a cada una de ellas.

Lleve un seguimiento del tiempo y modifíquelo en función del que considere adecuado para el debate, la presentación de PowerPoint o la actividad.

Asegúrese de que los participantes respeten el acuerdo de grupo y consulte las pautas sobre cómo lidiar con pautas de conducta contrarias al colectivo LGTBIQ+, si lo considera necesario.

Una vez terminado el curso de formación y antes de finalizar las sesiones, pida a los participantes que rellenen y entreguen el cuestionario de evaluación de después del curso.

Recoja y guarde de forma segura todos los formularios, incluido el formulario de asistencia de los participantes, los cuestionarios de evaluación de antes y después del curso, y cualquier otro soporte administrativo utilizado durante la formación.

Después de la formación

Comente el curso con su compañero de formación.

Evalúe la formación junto con su compañero mediante los cuestionarios realizados antes de empezar el curso y una vez concluido, y decida si procede aplicar algún cambio de cara a sesiones futuras.

2. Material de formación de ESTICOM

2.1.1 Resumen

Conocer a la comunidad con la que trabajas

- Cuando era joven + Hoja de trabajo de los participantes
- Cómo mejorar el acceso a los servicios sanitarios y la fidelización en la atención + Materiales de soporte en línea (online)
- Trabajar con poblaciones o comunidades de hombres gais, bisexuales y otros HSH + Materiales de soporte en línea

Cuestionar el estigma y la discriminación

- Grupos vulnerables de hombres gais, bisexuales y otros HSH y sus necesidades de salud sexual + Hoja de trabajo de los participantes
- Concienciar sobre las causas del estigma sobre el VIH/SIDA y la sexualidad + Hoja de trabajo de los participantes
- Crear un servicio y entorno libre de prejuicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH + Materiales de soporte en línea
- Atraer a los usuarios de tu servicio y hacer que se comprometan
- Comprender los modelos de producción de sindemia y cómo influyen en nuestro trabajo + Materiales de soporte en línea
- Reconocer los sistemas complejos sanitarios y cómo pueden abordarse + Materiales de soporte en línea

Trabajar en partnership (colaborando entre varios socios o partes)

- Identificar y crear buenas prácticas para trabajar en partnership con servicios de salud comunitarios y públicos + Materiales de soporte en línea
- Trabajar con organizaciones LGTBIQ+ y otros servicios + Materiales de soporte en línea

Prevención

- Utilizar técnicas de entrevista motivacional en el trabajo + Hoja de trabajo de los participantes y materiales de soporte en línea
- Conocimiento y uso del tratamiento como prevención (TasP por sus siglas en inglés, TcP por sus siglas en castellano), indetectable = intransmisible (I=I), PrEP, PPE y autotest o autotoma de muestras + Materiales de soporte en línea
- «Intervenciones de primera línea»: trabajar con HSH utilizando intervenciones de información y asesoramiento individuales y en grupo; entrevista motivacional y asesoramiento y pruebas de VIH e ITS en servicios comunitarios + Materiales de soporte en línea

2.1.2 Conocer a la comunidad con la que trabajas

Título informal del ejercicio:
Cuando era joven: comprender cómo influyen los mensajes que recibimos en nuestras actitudes

Ámbito/grupo de estudio:
Conocer a la comunidad con la que trabajas: «competencia cultural»

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes explorar los mensajes que los HSH reciben por ser hombres, tener relaciones con hombres, etc., y cómo influyen estos mensajes en ellos y sus elecciones. Si los participantes son HSH, cómo puede afectarles a ellos mismos y al trabajo que realizan. También considera la «resiliencia» como una adaptación para hacer frente a los estigmas y la discriminación.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes comprenderán mejor los tipos de mensajes que recibimos sobre género y sexualidad. Los participantes comprenderán cómo estos mensajes pueden seguir influyendo en nuestras actitudes mutuas, nuestro trabajo y cómo los HSH han desarrollado estrategias para disminuir su impacto.

Materiales necesarios:
- Formularios impresos «Cuando era joven»: uno para cada participante
- Hojas del rotafolio ya preparadas (consulte Preparación del moderador)
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos
- Papel y bolígrafos para los participantes
- Diapositivas de PowerPoint (Resiliencia)

Preparación del moderador:
- ✓ Este ejercicio está dirigido a personas que trabajan con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, independientemente de cómo éstos se identifiquen sexualmente. Los mensajes que recibimos acerca del sexo entre hombres, están muy asociados con ser «gay», lo que a veces puede dificultar que algunos hombres que tienen sexo con hombres lo integren en su identidad sexual, pudiendo tener problemas a la hora de identificarse como «gais» debido a las diferencias culturales o lingüísticas, ya que consideran el término «gay» una idea muy blanca y occidental de identidad sexual.
- ✓ Enfoque el ejercicio con una mentalidad de «resolución de problemas».
- ✓ Este ejercicio puede contener muchos mensajes negativos, y aunque está basado precisamente en eso, puede resultar abrumador para algunas personas. El objetivo del ejercicio es desencadenar esto, no es un efecto no deseado. Está bien que los sentimientos negativos salgan a la luz y procesarlos, y resulta provechoso pensar en algunos métodos para que los participantes puedan avanzar. Es útil si conoce a los participantes, aunque en el método se proporcionan algunas preguntas y sugerencias complementarias para ayudarle con este proceso.
- ✓ También sería positivo si usted ya ha realizado anteriormente el ejercicio y sabe cómo se desarrolla.
- ✓ La sección «Cuando era joven» del ejercicio no tiene un «final», por lo que es importante que usted, como moderador, pueda concluir la discusión en esta sección, animando a los participantes a que sigan pensando y debatiendo sobre el tema una vez finalizada. Recuerde que el ejercicio continúa discutiendo la «resiliencia» y que muchos debates pueden concluir en ese punto y, de hecho, lo hacen.

Consejos útiles para los moderadores:

- Necesitará bastante espacio en la pared para colocar las hojas del rotafolio que ha preparado para que los participantes escriban en ellas. Asegúrese de haber preparado estas hojas con los títulos (p. ej. «Los hombres gais son...», «Los hombres deberían ser...») antes de comenzar el ejercicio.
- Este ejercicio puede influir considerablemente en el resto de la formación, y lo más probable es que los participantes retomen las conversaciones mantenidas en las siguientes sesiones. Estas conversaciones están estrechamente relacionadas con otros ejercicios como «Sindemia», «Enfoques sistémicos» y «Crear servicios imparciales».
- La diapositiva de «Resiliencia» presenta otros conceptos como el estigma, la discriminación, la marginación cultural, la sindemia, etc., que podrían generar preguntas por parte de los participantes. Es recomendable verificar lo que se dice de estos temas en el glosario antes de realizar el ejercicio.
- No realice el ejercicio demasiado rápido porque crea que los demás se sienten incómodos. El proceso es importante para conseguir los mejores resultados.
- Limítese al tiempo disponible, ya que las conversaciones se pueden prolongar muy fácilmente. Deje tiempo suficiente para debatir las cosas, pero sin que todos cuenten su propia historia.
- Escoja tres preguntas que considere que sus participantes deberían tener en cuenta. Algunas aparecen enumeradas en la sección «Método». También puede desarrollar otras preguntas complementarias en función de su situación local.
- A continuación se proponen dos métodos. Siempre es mejor usar el más largo, ya que se le puede sacar más provecho. Utilice el segundo método si no dispone de tiempo suficiente o si usa el ejercicio como recordatorio para un grupo mixto, donde algunos participantes ya han hecho el ejercicio y otros no.

Método: (50 minutos en total)

Método 1:

1. El moderador presenta el ejercicio y explica que, para comprender mejor los problemas que surgen a la hora de trabajar con hombres que se identifican como gais, bisexuales u otros HSH, van a hacer un ejercicio llamado «Cuando era joven»
2. El moderador reparte el formulario, que consta de una serie de preguntas cortas (a continuación puede ver un ejemplo).

Cuando era joven me decían que...	
• Los hombres tenían que ser...	
• Los hombres nunca...	
• Los hombres siempre...	
• El sexo entre hombres era...	
• Los hombres gais son...	
• Los hombres gais deberían...	
• Los hombres gais nunca...	
• Las relaciones entre hombres son...	
• Me sentía...	
• La mayoría de estos mensajes provenían de...	

3. El moderador pide al grupo que piense brevemente (5 minutos) sobre los mensajes que solían recibir en relación con estos temas.
   - Los participantes deben pensar en lo que oían cuando tenían entre 8 y 10 años; NO en lo que querían oír, deberían haber oído o podrían oír ahora.
   - Los formularios deben rellenarse desde una perspectiva personal, no laboral.
4. Los participantes deben completar el formulario respondiendo a las preguntas en un máximo de 3 a 5 palabras.
   - Comente al grupo que es mejor no «darle demasiadas vueltas» y que respondan con las primeras palabras que les vengan a la mente.
   - Si los participantes no recibieron mensajes sobre estas cuestiones o no los recuerdan, pueden pasar a la siguiente pregunta. Si esto sucede, no olvide señalar durante el debate que no escuchar nada sobre hombres gais es sinónimo de que no existen, algo tan malo como los mensajes negativos que puede haber sobre ellos.
5. El grupo dispone de 15 minutos para esta tarea.
6. Mientras los participantes hagan la tarea, los moderadores deben colocar las hojas del rotafolio ya preparadas con las preguntas que están respondiendo los participantes en la pared de la sala de formación.
7. Una vez que finalice el tiempo (o todo el mundo haya acabado, lo que suceda antes), dele a cada miembro del grupo un rotulador y pídale que copie sus respuestas en las hojas correspondientes de la pared.
8. A continuación, pídale que lea todas las hojas..

Método 2:

1. Siga el método 1 hasta el punto 5.
2. En lugar de colocar hojas del rotafolio en la pared con los títulos de las preguntas, coloque tres hojas juntas. En una hoja escriba «los hombres gais...», deje la hoja del medio en blanco y en la última hoja escriba «los hombres...»
3. Pida al grupo que escriba sus respuestas en las hojas donde crea que encajan.
4. A continuación, pídales que lean todas las hojas.

Comentarios facilitados:

- El moderador pregunta: «¿Qué os parece lo que veis»?
- El moderador repasa todas las hojas señalando las respuestas similares. Es habitual que a la pregunta «Los hombres nunca...» se responda «lloran» o «muestran sus emociones». Enumere todos los mensajes que se repiten en las hojas..
- De manera similar, señale las diferencias de mensajes entre las listas, por ejemplo, «los hombres no muestran sus emociones» y «los gais son demasiado sensibles», etc.
- A continuación, encontrará una lista de preguntas rápidas que pueden servir para fomentar el debate:
  - ¿Habíais pensado alguna vez en estos mensajes de esta manera?
  - ¿Os sorprende algo?
  - ¿Estáis de acuerdo con algo de lo que veis en los mensajes?
  - ¿Utilizáis este tipo de opiniones con alguien con quien trabajáis?
  - ¿Cómo creéis que influyen estos mensajes en los HSH con los que trabajáis?
  - ¿Cómo creéis que influyen estos mensajes en el trabajo que desarrolláis con HSH?
  - ¿Influyen estos mensajes en el trabajo que desarrollan otras personas con HSH?
- A continuación se enumeran algunas preguntas que pueden ayudar a lidiar con cualquier sentimiento negativo que se haya podido crear después de procesar los mensajes. Depende de las conversaciones que hayan tenido lugar y es posible que se haya resuelto de manera natural.
  - ¿Qué ha cambiado con respecto a estos mensajes?
  - ¿Cómo podemos/podríamos neutralizar este tipo de mensajes?

- ¿Cómo habéis conseguido superar este tipo de mensajes? O, en caso de no formar parte del colectivo LGTBIQ+, ¿cómo habéis conseguido superar los mensajes negativos sobre vosotros? (por ejemplo, los mensajes negativos que reciben las mujeres)
- ¿Cómo han superado estos mensajes los HSH con los que trabajáis?
- ¿Cómo ha avanzado la sociedad? ¿Han mejorado los derechos legales de las personas que tienen relaciones sexuales y emocionales homosexuales?
- ¿Alguien sabría qué hacer con estos mensajes? En otras palabras, ¿alguien sabría cómo acabar con ellos?

Método

1. Ahora es momento de avanzar en el debate hacia el tema de la resiliencia, utilizando los ejemplos que el grupo le ha aportado.
2. Comparta las definiciones de resiliencia y resiliencia sexual de la presentación de PowerPoint y lea la lista de características de la resiliencia (desafiar las normas sociales, etc.)

> **Resiliencia**
>
> - La resiliencia se define como una adaptación positiva a la experiencia del estigma y la discriminación.
> - Los hombres que tienen sexo con hombres experimentan un alto índice de problemas de salud y psicosociales, como depresión, consumo de sustancias y victimización, que pueden ser en parte resultado de experiencias de vida negativas relacionadas con la marginación cultural y la homofobia.
> - Los HSH muestran una gran resiliencia tanto a los efectos de la adversidad como de la sindemia. Utilizar estas fortalezas y resiliencias naturales puede mejorar la prevención del VIH.
> - Los HSH se implican en: desafiar las normas y convenciones sociales y el comportamiento estigmatizante y discriminatorio; activismo en torno a temas como el VIH/SIDA, derechos civiles y matrimonio igualitario; el cuidado de otras personas a las que conocen personalmente y de la comunidad, y participación comunitaria

3. Divida a los participantes en grupos de 3-5 personas.
4. Pida a los grupos que trabajen en dos tareas: en primer lugar, debatir y aportar algunos ejemplos de resiliencia de HSH en torno a las características enumeradas anteriormente y de sus debates sobre los mensajes negativos. Cuando lo hayan hecho, pida a los grupos que piensen y describan una intervención que promoviera y desarrollara aún más estas características de resiliencia en HSH. Tienen 15 minutos para ambas tareas.
5. Una vez finalizado el tiempo, pida a los grupos que compartan sus ideas de intervención con todos los participantes. Cuando acaben de hacerlo, concluya el ejercicio.

Hoja de trabajo para los participantes: Conocer a la comunidad con la que trabajas

Cuando era joven

Cuando era joven me decían que...
• Los hombres tenían que ser...
• Los hombres nunca...
• Los hombres siempre...
• El sexo entre hombres era...
• Los hombres gais son...
• Los hombres gais deberían...
• Los hombres gais nunca...
• Las relaciones entre hombres son...
• Me sentía...
• La mayoría de estos mensajes provenían de...

Título informal del ejercicio:
Cómo mejorar el acceso, los servicios y la fidelización en la atención sanitaria

Ámbito/grupo de estudio:
Conocer a la comunidad con la que trabajas: «competencia cultural»

Objetivo o propósito del ejercicio:
Utilizar el modelo de «competencia cultural» para explorar y examinar cómo se podría integrar en el trabajo con y para hombres gais, bisexuales y otros HSH, para ayudar a mejorar la relación y retención en el cuidado, así como la calidad de la atención, abarcando el tratamiento para el HIV/SIDA, las ITS y las hepatitis víricas al conocer a la comunidad con la que se trabaja.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes habrán debatido y considerado cómo las estrategias de competencias culturales ayudan a crear intervenciones pertinentes para los HSH y por qué es importante conocer las comunidades a las que dirigen sus servicios.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos
- Papel y bolígrafos para los participantes

Preparación del moderador:
- Decida si quiere abarcar las cuatro áreas de trabajo:
  - Implicación con el paciente/usuario
  - Asesoramiento entre pares
  - Desarrollo de competencias
  - Participación de la comunidad

  o concentrarse únicamente en una o dos de ellas.
- Decida los temas que le gustaría que debatieran los grupos, como PrEP, pruebas de VIH/ITS, asesoramiento, labor de difusión, etc. Le recomendamos que escoja un tema o como máximo dos que cubran las cuatro áreas.
- Identifique ejemplos locales específicos de buenas prácticas (p. ej., involucrar a voluntarios en el desarrollo de capacidades) y malas prácticas (p. ej., ofrecer servicios de PrEP a los usuarios sin saber cuáles son sus necesidades) sobre las áreas escogidas, en caso de ser posible.

Consejos útiles para los moderadores:
- No es necesario que tenga conocimientos de todo para llevar a cabo este ejercicio; deje que la experiencia y los conocimientos de los participantes guíen sus debates.
- En el ejercicio se proporcionan preguntas rápidas. También puede incluir preguntas sobre temas que le afecten a nivel local, por ejemplo, cómo se puede mejorar el trabajo con grupos minoritarios o vulnerables, como minorías étnicas, inmigrantes o HSH que viven con el VIH mediante la sensibilización cultural, etc.

Método: (60 minutos)

1. Comience el ejercicio preguntando al grupo si entiende el término «competencia cultural» y a qué hace referencia. Puede explicarlo como básicamente «conocer a la comunidad con la que trabajas». Esto podría incluir ejemplos como las experiencias de vida de los miembros de la comunidad, el estigma y la discriminación que sufren, y el lenguaje (incluido el lenguaje sexual) que utilizan.
2. Muestre al grupo la diapositiva de PowerPoint que incluye información sobre los «elementos» en torno a la «competencia cultural»: concienciación, actitud conocimiento y competencias. Si ha realizado el ejercicio «Cuando era joven», que está relacionado con la concienciación, las actitudes y el conocimiento, puede hacer referencia a los debates que surgieron de dicho ejercicio.

La competencia cultural tiene cuatro componentes principales: concienciación, actitud, conocimiento y competencias.

Concienciación
Es importante examinar nuestro propios valores y creencias para reconocer los prejuicios y estereotipos más profundos que pueden crear barreras para nuestro aprendizaje, desarrollo personal y trabajo en el que estamos involucrados. Muchos de nosotros podemos ser un poco inflexibles en lo relativo a nuestras creencias y valores; la educación y formación en la diversidad puede resultar útil para ampliar nuestras miras.

Actitud:
Los valores y creencias influyen en la eficacia a la hora de resolver cuestiones culturales porque muestran hasta qué punto estamos abiertos a diferentes puntos de vista y opiniones. Cuanto más arraigados estén nuestros valores y creencias, más probable será que reaccionemos de forma emocional cuando nos enfrentemos a diferencias culturales.

Conocimiento:
Cuanto más sepamos sobre personas de diferentes culturas y procedencias, menos probabilidades tendremos de cometer errores. Entender cómo influye la cultura a la hora de resolver problemas, gestionar a las personas, pedir ayuda, etc., puede ayudarnos a concienciarnos de que estamos ante una interacción intercultural.

Competencias:
Se puede tener una actitud «correcta», conciencia de uno mismo y muchos conocimientos sobre las diferencias culturales, pero no ser capaz de gestionar dichas diferencias de manera eficaz. Si no hemos adquirido competencias o hemos tenido pocas oportunidades para practicarlas, nuestros conocimientos y concienciación no serán suficientes para evitar y gestionar problemas interculturales.

3. Informe al grupo de que ahora usaremos estas «áreas» y nuestras reflexiones sobre ellas como base para un ejercicio de debate y desarrollo entorno a cuatro áreas involucradas en el trabajo con HSH:
   - Implicación con el paciente/usuario
   - Asesoramiento entre pares
   - Desarrollo de competencias
   - Participación de la comunidad.
4. Divida el grupo en subgrupos más pequeños, uno por área de trabajo. Si solo les pide que traten uno o dos temas, es mejor que haya varios grupos pequeños que debatan el mismo tema. Puede resultar útil animar a los participantes que trabajan juntos o que son de la misma área geográfica a estar en el mismo grupo. Si se identifican «expertos» en una cuestión, se recomienda asignarlos a su ámbito de especialización..
5. Los grupos se encargarán de analizar una o dos de las áreas de trabajo que haya decidido, por ejemplo PrEP o los servicios de pruebas de VIH/ITS.
   - ¿Cómo podría ayudar la «participación de la comunidad» a ofrecer o desarrollar servicios de la prueba?
   - ¿Cómo podría ayudar «el asesoramiento entre pares» con la PrEP?
   - ¿Cómo ayudaría la concienciación, la actitud, los conocimientos y las competencias a identificar cómo crear un mejor servicio utilizando la implicación con el paciente/usuario, o la asesoría entre pares, o el desarrollo de competencias, o la participación de la comunidad?
6. Pida a los grupos que anoten sus opiniones sobre cómo utilizar esas ideas y competencias para mejorar el servicio, tanto a pequeña como a gran escala (¿qué detalles pueden llegar a hacer que un servicio le reciba mejor como usuario?))
7. Los grupos disponen de 20 minutos para esta tarea. Pida a los grupos que anoten sus opiniones e ideas para la iniciativa/intervención.

Comentarios facilitados:

Cuando finalice el tiempo asignado, pídales a todos los grupos que compartan por turnos sus pensamientos e ideas para su iniciativa/intervención.

- ¿Qué área de trabajo han tratado y cuáles son sus ideas?
- ¿Actualmente trabajan u ofrecen apoyo en el ámbito de trabajo del que han hablado?
- ¿Lo debatido difiere del trabajo que se lleva a cabo en estos momentos? ¿Qué cambios podrían implementarse?
- Si estos cambios mejorasen el trabajo, ¿qué ayuda creen que sería necesaria?
- ¿Consideran que tienen la autonomía necesaria en su trabajo para aplicar elementos de diversidad cultural?

Cuando todos los grupos hayan comentado sus opiniones, pregunte si alguien tiene algo que añadir o cualquier otra idea y, una vez abordadas, finalice el ejercicio.

Información adicional:

Puede ser útil hacer referencia a lo siguiente si los grupos tienen algún problema o dificultad con el ejercicio.

La competencia cultural en las prácticas de salud sexual podría definirse como:

- Crear un entorno seguro y libre de prejuicios
- Tener en cuenta, cuestionar y cambiar las barreras que impiden una comunicación efectiva (conocimiento de las palabras que suelen utilizar los hombres gais, bisexuales y otros HSH para las prácticas sexuales, por ejemplo)
- Temas considerados de apropiación histórica y sociocultural: uso del género correcto en las uniones civiles, reconocimiento de las uniones civiles y matrimonios
- Temas considerados de apropiación histórica y sexual: los términos utilizados y las preguntas formuladas
- Documentación apropiada en expedientes médicos: ¿quién ve y quién está autorizado a ver esta documentación? ¿Podría afectar negativamente al paciente/usuario?

Materiales de soporte en línea

Conocer a la comunidad con la que trabajas («competencia cultural»)

Cómo mejorar el acceso, los servicios y la fidelización en la atención sanitaria.

«La competencia cultural es la capacidad de negociar con éxito las diferencias interculturales para lograr objetivos prácticos.»[1]

El objetivo principal puede ser:

- egoísta, como salir con alguien que habla otro idioma
- socialmente responsable, como intentar crear una sociedad más inclusiva, o
- colaborativo, como trabajar como miembro de un equipo intercultural

«La competencia cultural tiene cuatro componentes principales: concienciación, actitud, conocimiento y competencias.»[2 3]

Concienciación:

«Es importante examinar nuestro propios valores y creencias para reconocer los prejuicios y estereotipos más profundos que pueden crear barreras para nuestro aprendizaje, desarrollo personal y trabajo en el que estamos involucrados. Muchos de nosotros podemos ser un poco inflexibles en lo relativo a nuestras creencias y valores; la educación y formación en la diversidad puede resultar útil para ampliar nuestras miras.

Actitud:

Los valores y creencias influyen en la eficacia a la hora de resolver cuestiones culturales porque muestran hasta qué punto estamos abiertos a diferentes puntos de vista y opiniones. Cuanto más arraigados estén nuestros valores y creencias, más probable es que reaccionemos de forma emocional cuando nos enfrentemos a diferencias culturales.

Conocimiento:

Cuanto más sepamos sobre personas de diferentes culturas y procedencias, más probabilidades tendremos de cometer menos errores. Entender cómo influye la cultura a la hora de resolver problemas, gestionar a las personas, pedir ayuda, etc., puede ayudarnos a concienciarnos de que estamos ante una interacción intercultural.

Competencias:

Se puede tener una actitud «correcta», conciencia de uno mismo y muchos conocimientos sobre las diferencias culturales, pero no ser capaz de gestionar dichas diferencias de manera eficaz. Si no hemos adquirido competencias o hemos tenido pocas oportunidades para practicarlas, nuestros conocimientos y concienciación no serán suficiente para evitar y gestionar problemas interculturales.

No es suficiente que el profesional médico simplemente diga que respecta los valores, creencias y prácticas del usuario o que siga los pasos para una intervención culturalmente específica que la bibliografía considera efectiva para un grupo en particular.

Centrarse en la competencia cultural no solo conciencia sobre por qué aprender a gestionar las diferencias puede resultar beneficioso para todos, sino que también deja de centrarse principalmente en la ingeniería

[1]Billy Vaughn, 2007, High Impact Cultural Competence Consulting and Training DTUI Publications

[2]Definición del impacto de la competencia cultural en la caracterización de las competencias de asesoramiento multicultural de Paul Pedersen (1997). ¿Qué es la competencia cultural?

[3]'Diversity Officer Magazine': Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 […]

social y se enfoca de lleno en mejorar la competencia de las personas en sus interacciones interculturales. En una organización, esto implica encontrar formas de subsanar las deficiencias en materia de competencias para que el personal pueda trabajar de forma más productiva conjuntamente.

La competencia cultural permite a las personas trabajar de forma más efectiva en diversas organizaciones. Permite a las personas entender de dónde vienen su actitudes hacia ciertas personas y comportamientos, y les ofrece la oportunidad de aprender a cambiar cualquier actitud problemática.

Las personas y organizaciones pueden ser competentes culturalmente. Una organización sanitaria competente culturalmente ofrece al menos algunos de los siguientes elementos;

- Un personal culturalmente diverso que refleja la comunidad con la que trabajan
- Formación a los profesionales sobre la cultura y el idioma de las personas con las que trabajan
- Rotulación y folletos informativos en el idioma o idiomas de los usuarios y acorde a sus normas culturales
- Centros asistenciales culturalmente apropiados
- Políticas y procedimientos inclusivos
- Imparcialidad en la retención y promoción
- Usuarios del servicio implicados y comprometidos

A nivel individual, la competencia cultural ofrece:

- Profesionales o intérpretes que hablan el idioma o idiomas de sus usuarios, incluida la lengua de signos
- Competencias interculturales
- La capacidad de recuperarse ante diferencias culturales inevitables
- Toma de decisiones inclusiva
- Amplios conocimientos sobre las diferencias interculturales
- Competencias comunicativas interculturales
- Capacidades de gestión de la diversidad
- Creencias y valores inclusivos
- Conciencia sobre los prejuicios y estereotipos personales
- Compromiso de liderazgo

Tenga en cuenta que, a nivel organizativo, las prácticas como las políticas inclusivas y la retención se incluyen en la competencia cultural. La competencia cultural reduce las desigualdades en la promoción, retención, prestación de servicios, prestación de asistencia sanitaria y riesgos de salud, y protege a las organizaciones jurídicamente.

Más allá de la asistencia sanitaria, la competencia cultural puede ayudar a reducir el número de choques culturales que ocurren y el impacto de aquellos que se producen inevitablemente.

Mejorar la competencia cultural ayuda a crear un lugar de trabajo productivo y comprensivo, y proporciona protección legal y un entorno basado en la innovación.»

Crear y mantener servicios positivos para la comunidad LGTB

«Particular/Médico

Tome la iniciativa para examinar sus propias creencias, actitudes y comportamientos hacia las personas LGTB y, en particular, hacia los usuarios LGTB. Decida sinceramente cambiar a través de la información, la consulta, la reflexión personal y la acción.

Nivel de servicio directo

Cree procedimientos, herramientas y hábitos diarios para ofrecer servicios de salud positivos y respetuosos para las personas LGTB. Refuerce los valores positivos de la comunidad LGTB en la formación, supervisión y evaluación de los empleados.

Nivel institucional

Cree políticas y prácticas a nivel de organización que no sean discriminatorias y reciban abiertamente a las personas LGTB.

Nivel comunitario

Promueva el respeto a las personas LGTB en su comunidad y denuncie cualquier intolerancia o discriminación. Establezca relaciones con grupos y recursos LGTB asistiendo a sus eventos, reuniéndose para hablar sobre intereses comunes, apoyando sus esfuerzos y compartiendo recursos.

Nivel normativo

Apoye y abogue por una legislación positiva para la comunidad LGTB y candidatos LGTB a nivel local, autonómico y estatal. Esté al corriente de la legislación vigente sobre no discriminación, y compruebe si incluye o excluye la orientación sexual y la identidad de género. Respalde su cumplimiento si están incluidas o abogue por su inclusión en caso contrario.

La competencia cultural en las prácticas de salud sexual podría definirse como:

- Crear un entorno seguro y libre de prejuicios
- Analizar, cuestionar y cambiar las barreras para lograr una comunicación efectiva
- Temas considerados de apropiación histórica y sociocultural: uso del género correcto en las uniones civiles, reconocimiento de las uniones civiles y matrimonios
- Temas considerados de apropiación histórica y sexual: los términos utilizados y las preguntas formuladas
- Documentación apropiada de expedientes médicos: ¿quién ve y quién está autorizado a ver esta documentación? ¿Podría afectar negativamente al paciente?»

Ahora que ha leído la información sobre competencia cultural y sobre conocer a la comunidad con la que trabaja, sería útil que considerase las siguientes cuatro áreas involucradas en el trabajo con HSH y lo que podría sugerir o hacer para mejorar el compromiso de los hombres gais, bisexuales y otros HSH con el trabajo que su servicio ofrece mediante:

- Implicación con el paciente
- Asesoría entre pares
- Desarrollo de competencias
- Participación de la comunidad

Extraído de: **Rainbow Heights LGTB Project (Estados Unidos)**

Para ayudar, podría tener en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿Cómo podría ayudar la «participación de la comunidad» a ofrecer o desarrollar servicios para realizarse pruebas?
- ¿Cómo podría ayudar «el asesoramiento entre pares» con la PrEP?
- ¿Cómo ayudaría la concienciación, la actitud, los conocimientos y las competencias a identificar cómo crear un mejor servicio utilizando la implicación con el paciente, o la asesoría entre pares, o el desarrollo de competencias, o la participación de la comunidad?
- ¿Actualmente trabajas u ofreces apoyo o asistencia en algunos de los cuatro temas descritos anteriormente?
- ¿Difiere lo que has pensado del trabajo que realizas en estos momentos? ¿Qué cambios podrías poner en práctica?
- Si estos cambios mejoraran el trabajo, ¿qué ayuda crees que sería necesaria?
- ¿Consideras que tienes la influencia necesaria en tu trabajo para aplicar elementos de diversidad cultural?

Título informal del ejercicio:
Trabajar con poblaciones o comunidades de HSH

Ámbito/grupo de estudio:
Conocer a la comunidad con la que trabajas: «competencia cultural»

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ayudar a lograr mejores resultados con la población de HSH en una amplia gama de temas, que incluyen, entre otros:

- Identidad sexual (cómo se identifica alguien o por quién se siente atraído sexualmente)
- Género e identidad de género (el sexo asignado al nacer y el género con el que alguien se identifica)
- Lenguaje (cualquier lenguaje específico, incluido el lenguaje relacionado con actividades sexuales)
- Comunidad (¿qué es una comunidad de hombres gais/bisexuales/HSH y qué significa pertenecer a ella?)
- Prácticas sexuales (qué tipo de sexo tienen los hombres gais, bisexuales y otros HSH)
- Homofobia
- Salud mental (cualquier problema que pueda afectar a la salud mental de una persona por el hecho de ser un HSH)
- Edad (cómo se interpreta en una comunidad la edad de una persona)
- Origen étnico (el grupo étnico con el que se identifica un HSH y cómo se percibe junto con su sexualidad)
- Religión (la visión religiosa de las relaciones tanto sexuales como emocionales entre personas del mismo sexo)

Resultado esperado del ejercicio:
Ayudar a los participantes a comprender por qué ciertos temas y problemas son importantes para las comunidades con las que trabajan. Comprender que las respuestas «culturalmente competentes» a algunos de los principales problemas a los que se enfrentan los HSH que acceden a los servicios mejoran el trabajo que se realiza con esas comunidades.

Materiales necesarios:

- Diapositivas de PowerPoint.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:

- Identifique los temas que cree necesarios abordar, de la lista anterior del objetivo del ejercicio y pertinentes para su situación local.
- Lea el módulo de aprendizaje en línea de este ejercicio, que incluye una descripción completa de los enfoques culturalmente competentes para trabajar con las comunidades de HSH, algunos de los cuales se reproducen en la sección siguiente: «Información adicional».

Consejos útiles para los moderadores:

- Puede hacer referencia a las conversaciones que surgieron durante el ejercicio «Cuando era joven».
- Lo idóneo sería escoger un máximo de cinco temas y agruparlos para que las conversaciones sean más fluidas.

Método: (80 minutos)

1. Presente el tema al grupo definiendo la «competencia cultural» como «conocer las comunidades con las que trabajamos». También es bueno reconocer que nosotros mismos podemos ser parte de la comunidad con la que trabajamos y, aunque nos puede dar una idea, nadie lo ha podido experimentar todo.
2. Presente al grupo la información sobre el modelo de las cuatro áreas de referencia de la competencia cultural (concienciación, actitud, conocimiento y competencias), y recuérdele al grupo cómo funcionan conjuntamente a la hora de tomar decisiones bien fundadas y culturalmente competentes. Recuerde a los participantes que utilicen sus propias experiencias y conocimientos fuera de este grupo, y si ya han realizado el ejercicio «Cuando era joven», que tengan en cuenta esas conversaciones para conformar los debates.

PPT **La competencia cultural tiene cuatro componentes principales: concienciación, actitud, conocimiento y competencias.**

Concienciación:
Es importante examinar nuestro propios valores y creencias para reconocer los prejuicios y estereotipos más profundos que pueden crear barreras para nuestro aprendizaje, desarrollo personal y trabajo en el que estamos involucrados. Muchos de nosotros podemos ser un poco inflexibles en lo relativo a nuestras creencias y valores; la educación y formación en la diversidad puede resultar útil para ampliar nuestras miras.

Actitud:
Los valores y creencias influyen en la eficacia a la hora de resolver cuestiones culturales porque muestran hasta qué punto estamos abiertos a diferentes puntos de vista y opiniones. Cuanto más arraigados estén nuestros valores y creencias, más probable es que reaccionemos de forma emocional cuando nos enfrentemos a diferencias culturales.

Conocimiento:
Cuanto más sepamos sobre personas de diferentes culturas y procedencias, menos probabilidades tendremos de cometer errores.. Entender cómo influye la cultura a la hora de resolver problemas, gestionar a las personas, pedir ayuda, etc., puede ayudarnos a concienciarnos de que estamos ante una interacción intercultural.

Competencias:
Se puede tener una actitud «correcta», conciencia de uno mismo y muchos conocimientos sobre las diferencias culturales, pero no ser capaz de gestionar dichas diferencias de manera eficaz. Si no hemos adquirido competencias o hemos tenido pocas oportunidades para practicarlas, nuestros conocimientos y concienciación no serán suficiente para evitar y gestionar problemas interculturales.

3. Divida el grupo en subgrupos más pequeños de 3 a 5 personas.
4. Dígales a los grupos que trabajen con algunos de los temas que se están planteando, pensando en cómo lo que sabemos y no sabemos sobre la cultura de los HSH ayuda y afecta al trabajo que hacemos con ellos y para ellos. Ya existen varios temas propuestos para que los grupos debatan, pero si ha identificado algún tema adicional que considera importante discutir para el trabajo que realiza a nivel local, añádalo a la lista. Los temas están agrupados por sus puntos en común, pero no es necesario usarlos de esa forma si solo quiere que el grupo debata algunos de los temas.
   Los temas identificados son::
   - Identidad sexual
   - Género
   - Identidad de género
   - Prácticas sexuales
   - Lenguaje
   - Comunidad
   - Edad
   - Homofobia
   - Salud mental
   - Origen étnico
   - Religión

Y las agrupaciones sugeridas son:

- Identidad sexual, género, identidad de género y prácticas sexuales
- lenguaje, comunidad y edad
- homofobia y salud mental
- origen étnico y religión

Los temas también se pueden combinar en otras agrupaciones o usar individualmente, en función de lo que considere más útil debatir.

5. Comparta con los grupos los temas que le gustaría que debatieran.
6. Lo primero que deben hacer los grupos es identificar y enumerar los problemas o actividades apropiados en relación con los temas propuestos. Un ejemplo apropiado bajo el encabezado «Prácticas sexuales» podría ser «mamadas/felaciones» y bajo el encabezado «Lenguaje», «lenguaje sexualizado o de género».
7. La segunda tarea de los grupos es evaluar su propia experiencia (personal y profesional) en torno a estos temas y crear una lista de respuestas a las preguntas:
   - «¿Qué te gustaría experimentar en un servicio en referencia a estas cuestiones?»
   - «¿Cómo te gustaría que te trataran?»
   - «¿Qué te gustaría o esperarías que supiera el servicio?»
8. Comunique a los grupos que tienen 40 minutos para realizar ambas tareas, 20 para cada una. Asegúrese de que los grupos se ciñan al tiempo.
9. Una vez transcurrido este tiempo, llame la atención del grupo e indique que lo que le gustaría que hicieran ahora es enlazar sus ideas y sugerencias de cada uno de los temas, dando un ejemplo para cada tema de lo que considerarían la mejor práctica para las cuestiones que se están planteando. Por ejemplo, con la identidad de género, ¿cómo se puede saber y comprobar que se usan los pronombres adecuados? ¿Qué pasa si alguien le pregunta sobre una práctica sexual que no reconoce, como el «felching»? ¿Cómo podemos asegurarnos de que los HSH de todas las edades pueden acceder a nuestros servicios y sentirse bienvenidos?

   Comunique a los grupos que tienen 30 minutos para esta tarea, 15 minutos por cuestión, y pídales que enumeren sus sugerencias.

Comentarios facilitados: (30 minutos)

Una vez transcurrido el tiempo, pida a los grupos que compartan uno a uno sus ideas de «mejores prácticas» para cada cuestión, señalando cualquier similitud entre los enfoques con los problemas.

Información adicional:

La «competencia cultural» en las prácticas de salud sexual podría definirse como:

- Crear un entorno seguro y libre de prejuicios
- Tener en cuenta, cuestionar y cambiar las barreras que impiden una comunicación efectiva (conocimiento de las palabras que suelen utilizar los hombres gais, bisexuales y otros HSH para las prácticas sexuales, por ejemplo)
- Temas considerados de apropiación histórica y sociocultural: uso del género correcto en las uniones civiles, reconocimiento de las uniones civiles y matrimonios
- Temas considerados de apropiación histórica y sexual: los términos utilizados y las preguntas formuladas
- Documentación apropiada de expedientes médicos: ¿quién ve y quién está autorizado a ver esta documentación? ¿Podría afectar negativamente al paciente?

Otras cosas que deben tenerse en cuenta:

- ¿Qué es y qué no es un lenguaje positivo para la comunidad LGTBIQ+ (p. ej., utilizar LGTBIQ+ en lugar de homosexual) y preguntar si no estamos seguros («¿Qué término prefieres que use?»).
- Información sobre cuestiones de salud mental de la comunidad LGTBIQ+, p. ej., las orientaciones no heterosexuales no son patológicas, aunque es cierto que algunas personas LGTBIQ+ sufren depresión o ansiedad debido al heterosexismo que sufren.
- Problemas actuales importantes para la población LGTBIQ+ que afectan a los usuarios, como la incidencia de «ataques a gais», las elecciones políticas, los debates sobre el matrimonio igualitario y la adopción, y el contenido de los «medios de comunicación».
- Actualizaciones de información clínica sobre terapias con personas LGTBIQ+.
- Debates proactivos sobre incidentes de faltas de respeto o discriminación a medida que ocurren: cómo gestionarlos, o analizar situaciones difíciles recientes.
- Información sobre servicios y recursos locales útiles para el personal y los usuarios.
- Análisis de mitos y estereotipos comunes, sus efectos nocivos en todos nosotros y cómo eliminarlos o evitarlos.
- Información sobre el desarrollo sexual humano, sexualidad, orientación sexual e identidad de género.
- Información sobre las presiones legales, religiosas y sociales que se utilizan para imponer la heterosexualidad, y el impacto negativo que estas presiones tienen en todos.
- Estrategias sobre cómo abordar las necesidades y contener el comportamiento de los empleados y usuarios que utilizan sus prejuicios, creencias y suposiciones negativos para infligir daños físicos, psicológicos, sociales o económicos a sí mismos o a los demás.

Adapted from Rainbow Heights LGBT Project.

Materiales de soporte en línea

Conocer a la comunidad con la que trabajas («competencia cultural»)

Trabajar con poblaciones o comunidades de HSH

«La competencia cultural es la capacidad de negociar con éxito las diferencias interculturales para lograr objetivos prácticos.»[1]

El objetivo principal puede ser:

- egoísta, como salir con alguien que habla otro idioma;
- socialmente responsable, como intentar crear una sociedad más inclusiva; o
- colaborativo, como trabajar como miembro de un equipo intercultural.

«La competencia cultural tiene cuatro componentes principales: concienciación, actitud, conocimiento y competencias.[2] [3]

Concienciación:

Es importante examinar nuestro propios valores y creencias para reconocer los prejuicios y estereotipos más profundos que pueden crear barreras para nuestro aprendizaje, desarrollo personal y trabajo en el que estamos involucrados. Muchos de nosotros podemos ser un poco inflexibles en lo relativo a nuestras creencias y valores; la educación y formación en la diversidad puede resultar útil para ampliar nuestras miras.

Actitud:

Los valores y creencias influyen en la eficacia a la hora de resolver cuestiones culturales porque muestran hasta qué punto estamos abiertos a diferentes puntos de vista y opiniones. Cuanto más arraigados estén nuestros valores y creencias, más probable es que reaccionemos de forma emocional cuando nos enfrentemos a diferencias culturales.

Conocimiento:

Cuanto más sepamos sobre personas de diferentes culturas y procedencias, más probabilidades tendremos de cometer menos errores. Entender cómo influye la cultura a la hora de resolver problemas, gestionar a las personas, pedir ayuda, etc., puede ayudarnos a concienciarnos de que estamos ante una interacción intercultural.

Competencias:

Se puede tener una actitud «correcta», conciencia de uno mismo y muchos conocimientos sobre las diferencias culturales, pero no ser capaz de gestionar dichas diferencias de manera eficaz. Si no hemos adquirido competencias o hemos tenido pocas oportunidades para practicarlas, nuestros conocimientos y concienciación no serán suficiente para evitar y gestionar problemas interculturales.

No es suficiente que el profesional médico simplemente diga que respecta los valores, creencias y prácticas del usuario o que siga los pasos para una intervención culturalmente específica que la bibliografía considera efectiva para un grupo en particular.

Centrarse en la competencia cultural no solo conciencia sobre por qué aprender a gestionar las diferencias puede resultar beneficioso para todos, sino que también deja de centrarse principalmente en la ingeniería social y se enfoca de lleno en mejorar la competencia de las personas en sus interacciones interculturales.

[1]Billy Vaughn 2007 High Impact Cultural Competence Consulting and Training DTUI Publications

[2]Definición del impacto de la competencia cultural en la caracterización de las competencias de asesoramiento multicultural de Paul Pedersen (1997). ¿Qué es la competencia cultural?

[3]'Diversity Officer Magazine': Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 […]

En una organización, esto implica encontrar formas de subsanar las deficiencias en materia de competencias para que el personal pueda trabajar de forma más productiva conjuntamente.

La competencia cultural permite a las personas trabajar de forma más efectiva en diversas organizaciones. Permite a las personas entender de dónde vienen su actitudes hacia ciertas personas y comportamientos, y les ofrece la oportunidad de aprender a cambiar cualquier actitud problemática.

Las personas y organizaciones pueden ser competentes culturalmente. Una organización sanitaria competente culturalmente ofrece al menos algunos de los siguientes elementos;

- Un personal culturalmente diverso que refleja la comunidad con la que trabajan
- Formación a los profesionales sobre la cultura y el idioma de las personas con las que trabajan
- Rotulación y folletos informativos en el idioma o idiomas de los usuarios y acorde a sus normas culturales
- Centros asistenciales culturalmente apropiados
- Políticas y procedimientos inclusivos
- Imparcialidad en la retención y promoción
- Usuarios del servicio implicados y comprometidos

A nivel individual, la competencia cultural ofrece:

- Profesionales o intérpretes que hablan el idioma o idiomas de sus usuarios, incluida la lengua de signos
- Competencias interculturales
- La capacidad de recuperarse ante diferencias culturales inevitables
- Toma de decisiones inclusiva
- Amplios conocimientos sobre las diferencias interculturales
- Competencias comunicativas interculturales
- Capacidades de gestión de la diversidad
- Creencias y valores inclusivos
- Conciencia sobre los prejuicios y estereotipos personales
- Compromiso de liderazgo

Tenga en cuenta que, a nivel organizativo, las prácticas como las políticas inclusivas y la retención se incluyen en la competencia cultural. La competencia cultural reduce las desigualdades en la promoción, retención, prestación de servicios, prestación de asistencia sanitaria y riesgos de salud, y protege a las organizaciones jurídicamente.

Más allá de la asistencia sanitaria, la competencia cultural puede ayudar a reducir el número de choques culturales que ocurren y el impacto de aquellos que se producen inevitablemente.

Mejorar la competencia cultural ayuda a crear un lugar de trabajo productivo y comprensivo, y proporciona protección legal y un entorno basado en la innovación.»

«Crear y mantener servicios positivos para la comunidad LGTB

Particular/Médico

Tome la iniciativa para examinar sus propias creencias, actitudes y comportamientos hacia las personas LGTB y, en particular, hacia los usuarios LGTB. Decida sinceramente cambiar a través de la información, la consulta, la reflexión personal y la acción.

Nivel de servicio directo

Cree procedimientos, herramientas y hábitos diario para ofrecer servicios de salud positivos y respetuosos para las personas LGTB. Refuerce los valores positivos de la comunidad LGTB en la formación, supervisión y evaluación de los empleados.

Nivel institucional

Cree políticas y prácticas a nivel de organización que no sean discriminatorias y reciban abiertamente a las personas LGTB.

Nivel comunitario

Promueva el respeto a las personas LGTB en su comunidad y denuncie cualquier intolerancia o discriminación. Establezca relaciones con grupos y recursos LGTB asistiendo a sus eventos, reuniéndose para hablar sobre intereses comunes, apoyando sus esfuerzos y compartiendo recursos.

Nivel normativo

Apoye y abogue por una legislación positiva para la comunidad LGTB y candidatos LGTB a nivel local, estatal y nacional. Esté al corriente de las leyes de no discriminación locales y estatales, y compruebe si incluyen o excluyen la orientación sexual y la identidad de género. Respalde su cumplimiento si están incluidas o abogue por su inclusión en caso contrario.

La competencia cultural en las prácticas de salud sexual podría definirse como:

- Crear un entorno seguro y libre de prejuicios
- Analizar, cuestionar y cambiar las barreras para lograr una comunicación efectiva
- Temas considerados de apropiación histórica y sociocultural: uso del género correcto en las uniones civiles, reconocimiento de las uniones civiles y matrimonios
- Temas considerados de apropiación histórica y sexual: los términos utilizados y las preguntas formuladas
- Documentación apropiada de expedientes médicos: ¿quién ve y quién está autorizado a ver esta documentación? ¿Podría afectar negativamente al paciente?»

Trabajar con la comunidad de hombres gais, bisexuales y otros HSH

«Orientación sexual

- Es distinta del comportamiento sexual. El comportamiento sexual de una persona puede no coincidir con su orientación. Entre los ejemplos del comportamiento sexual se incluyen el celibato, la experimentación o la prostitución.
- Es parte inherente de la identidad esencial de una persona. Nuestra sociedad considera que la heterosexualidad es tan normativa que rara vez se la considera como una orientación sexual, de modo que la mayoría de los heterosexuales experimentan su «orientación» como algo «predeterminado», lo que significa que apenas la cuestionan o piensan de manera consciente en ello. Por el contrario, gran parte de nuestra sociedad considera que la orientación lesbiana, gay y bisexual es anormal (e incluso inmoral), lo que hace que muchas personas LGB piensen conscientemente o cuestionen esta parte natural de su identidad central de una manera que los heterosexuales no hacen.
- Refleja la complejidad de los factores que determinan por quién se siente atraída sexualmente una persona y de quién se enamora. La orientación sexual no se elige, sino que se descubre a medida que se avanza desde la infancia hacia la vejez.
- No es un «estilo de vida» (las personas gais, lesbianas y bisexuales son tan variadas como los heterosexuales en cuanto al tipo de vida que llevan), sino una parte profunda de uno mismo. Puede ser algo de lo que uno se da cuenta gradualmente o que siempre ha sabido.
- Es diferente de la identidad de género.
- Es un misterio científico. La orientación sexual es una combinación compleja de biología, psicología, cultura y muchos otros factores. Si bien ha habido muchas teorías y estudios al respecto, actualmente no sabemos por qué o cómo una persona termina identificándose como heterosexual, mientras que otra es bisexual, gay o lesbiana.
- Es discriminatoria. Así como los heterosexuales no se sienten atraídos por todas las personas del sexo contrario, las lesbianas y los gais no se sienten atraídos por todas las personas de su mismo sexo, ni los bisexuales se sienten atraídos por todas las personas de «ambos» sexos.
- Es variada. Algunas personas no se identifican con las etiquetas de heterosexual, gay, lesbiana, bisexual o queer. Pueden elegir no etiquetarse, o pueden tener ideas o términos diferentes. La experiencia de una persona con una orientación determinada puede ser muy diferente de la experiencia de otra. La orientación sexual también puede crecer y cambiar a lo largo de la vida.
- Se indica actualmente como lesbiana, gay, bisexual o heterosexual en el habla/lenguaje común. El término «homosexual» no se suele utilizar de forma positiva en ambientes LGTB. En el pasado, la palabra se utilizó como término psiquiátrico de patología, cuando la «homosexualidad» se consideraba una enfermedad mental. Por lo tanto, sus connotaciones negativas y críticas han llevado a que las comunidades LGTB la desaprueben o rechacen.

Identidad de género

- Se refiere al sentido interior de ser mujer, hombre, ambos o ninguno, que puede o no corresponderse con su sexo biológico.
- El término «trans» se utiliza a menudo como un término general para abarcar una amplia gama de identidades de género, como transexual, intersexual, andrógino, travesti, etc.
- Las personas que se identifican como trans son tan diversas como las personas cuyo sexo biológico o asignado coincide con su sentido personal de identidad de género.

La identidad de género se refiere al sentido interno de ser mujer, hombre, ambos o ninguno. Para muchas personas, este sentido interior se corresponde con su sexo biológico. Sin embargo, no siempre es así. El sexo biológico de una persona puede definirse de varias maneras (cromosomas, patrones hormonales, órganos reproductivos internos, genitales externos y características sexuales secundarias) y estos a menudo, aunque no siempre, coinciden entre sí. Cuando el sexo biológico o asignado de una persona no coincide con su sentido interno personal de identidad de género, la persona puede identificarse como trans.

El término «trans» se utiliza a menudo como un término genérico que abarca una amplia gama de identidades de género. Puede incluir personas transexuales, intersexuales, andróginas, travestis, etc. Las personas que se identifican como trans son tan diversas como las personas cuyo sexo biológico o asignado coincide con su sentido personal de identidad de género.

La identidad de género se refiere al género que uno mismo siente: una identidad personal individual. La identidad de género es completamente diferente de la orientación sexual; el concepto interpersonal del género o de los géneros de las personas que nos atraen o amamos. Así pues, una persona determinada puede tener cualquier combinación de identidad de género (por ejemplo, hombre, mujer, otros géneros) y orientación sexual (por ejemplo, gay, lesbiana, bisexual, heterosexual, etc.). A modo de ejemplo, es incorrecto suponer que todas las personas trans son homosexuales o bisexuales (aunque algunas sí lo sean) o que todas las lesbianas quieren ser hombres (aunque algunas sí puedan quererlo); ambas suposiciones son mitos comunes que nacen de la confusión entre la identidad de género y la orientación sexual.

Como resultado de años de malentendidos y maltratos, muchas personas trans han desarrollado miedo y/o desconfianza hacia los profesionales de la salud médica y mental. Por ejemplo, sin su conocimiento (o consentimiento), muchas personas intersexuales se sometieron a una cirugía «correctiva» cuando eran niños con el fin de «encajar» en una categoría de género u otra. Otro ejemplo: las personas transexuales a menudo pasan por evaluaciones médicas y psiquiátricas severas, y deben ser diagnosticadas con «trastorno de identidad de género» para poder recibir procedimientos hormonales y/o quirúrgicos que les permitan cambiar sus cuerpos para que se correspondan mejor con sus identidades de género. Estas experiencias tienden a fomentar la desconfianza o la incertidumbre con respecto a los profesionales de la salud.

La forma en la que una persona identifica su propio género y orientación sexual es un asunto personal y complejo. Es esencial que los profesionales en salud mental apoyen y sean considerados con cada persona y que eviten confundir la orientación sexual con la identidad de género. También es importante que los profesionales eviten (de manera abierta o encubierta) presionar a las personas para que se etiqueten a sí mismas en cualquier dirección. Las suposiciones y juicios sociales, familiares y personales sobre la orientación sexual y la identidad de género a veces causan profundos conflictos internos. Los profesionales

deben ser cautos y no tomar parte en tales conflictos. Las personas y la sexualidad tienen más matices y son más complejas que una simple etiqueta.

«Queer»

En los últimos años, algunas personas LGTB han empezado a utilizar el término «queer» como etiqueta positiva para definir su identidad. Las personas pueden autodenominarse «queer» o hacer referencia a una «comunidad queer». En algunos lugares, hay «programas universitarios de estudios queer». Al mismo tiempo, también se utiliza como apelativo agresivo en contra de las personas LGTB.

En general, el término «queer» recuperado se utiliza:

- Como término genérico y flexible por parte de algunas personas para abarcar una amplia gama de identidades que, de otro modo, se clasificarían como LGTB, trans y «no convencionalmente heterosexual».
- Para abarcar identidades de forma más amplia que cualquiera de los otros términos referentes a la identidad
- Para apropiarse deliberadamente de una palabra hiriente
- Más a menudo por personas jóvenes, que no se ven bien reflejadas en las categorías más limitadas de gay, bisexual y heterosexual (u hombre, mujer, intersexual).
- Algunas personas mayores LGTB no toleran el uso de esta palabra, debido a la estrecha relación entre el término y el odio que han experimentado.

Queer también es una palabra del «ambiente» que las personas queer pueden utilizar positivamente entre sí. Normalmente, si alguien fuera de la comunidad LGTB utiliza el término, se considera algo hostil. Por lo tanto, los profesionales sanitarios y de salud mental deben ser cautelosos a la hora de utilizar la palabra «queer» o que la utilicen las demás personas, a menos que una persona o grupo lo prefiera claramente.

De manera similar, otras palabras comúnmente insultantes, como «tortillera», «maricón» o «travelo», a veces se usan de manera burlona o irónicamente afectuosa entre el propio colectivo LGTB. Esto no significa que las personas que no son LGTB deban utilizar este lenguaje de manera informal.

Por otra parte, términos más clínicos como «homosexual» o «minoría sexual» pueden resultar fríos o marginales para las personas LGTB.

Pregunte a las personas sobre el lenguaje con el que se sienten cómodas y el que prefieren que use.

Formación del personal sobre competencias culturales para trabajar con la comunidad de hombres gais, bisexuales y otros HSH

Formar al personal es básico para lograr un cambio en el sistema. La formación, los seminarios, los folletos y las sesiones informativas y de repaso pueden incluir:

- ¿Qué es y qué no es un lenguaje positivo para la comunidad LGTB (p. ej., utilizar LGTB en lugar de homosexual) y preguntar si no estamos seguros («¿Qué término prefieres que use?»).
- Información sobre cuestiones de salud mental de la comunidad LGTB, p. ej., las orientaciones no heterosexuales no son patológicas, aunque es cierto que algunas personas LGTB sufren depresión o ansiedad debido al heterosexismo que sufren.
- Problemas actuales importantes para la población LGTB que afecta a los usuarios, como la incidencia de «ataques a gais», las elecciones políticas, los debates sobre el matrimonio igualitario y la adopción, y el contenido de los «medios de comunicación».
- Actualizaciones de información clínica sobre terapias con usuarios LGTB.
- Debates proactivos sobre incidentes de faltas de respeto o discriminación a medida que ocurren: cómo gestionarlos, o analizar situaciones difíciles recientes.
- Información sobre servicios y recursos locales útiles para el personal y los usuarios.
- Análisis de mitos y estereotipos comunes, sus efectos nocivos en todos nosotros y cómo eliminarlos o evitarlos.

- Información sobre el desarrollo sexual humano, sexualidad, orientación sexual e identidad de género.
- Información sobre las presiones legales, religiosas y sociales que se utilizan para imponer la heterosexualidad, y el impacto negativo que estas presiones tienen en todos.
- Estrategias sobre cómo abordar las necesidades y contener el comportamiento de los empleados y usuarios que utilizan sus prejuicios, creencias y suposiciones negativos para infligir daños físicos, psicológicos, sociales o económicos a sí mismos o a los demás.

También es importante incorporar la sensibilización hacia la comunidad LGTB en todos los programas de educación y formación. Por ejemplo, los programas de cualquier tema no deben asumir que todo el personal o los usuarios son heterosexuales y debe incluir puntualmente personas LGTB de diversos orígenes en ejemplos, casos prácticos e ilustraciones para reflejar relaciones entre personas del mismo sexo.

Resolución de conflictos

Puesto que las organizaciones no se libran de los prejuicios con las personas LGTB, la resolución de conflictos es un tema que hay que explorar. Las prácticas diarias que incluyen información sobre las personas LGTB y sus problemas dan como resultado un proceso eficaz que conduce a resoluciones constructivas. Disponer de políticas y procedimientos vigentes antes de que ocurra un incidente, simplifica el proceso de resolución de problemas y lo hace más efectivo.

- Una resolución respetuosa de los problemas refleja una muy buena predisposición. La mayoría de las personas LGTB son conscientes de que es imposible evitar por completo los prejuicios y la ignorancia, pero observan de cerca cómo se gestionan estos incidentes.
- El personal debe utilizar las mismas herramientas de gestión para intervenir cuando surjan comportamientos hostiles hacia los usuarios o el personal LGTB que utilizarían para cualquier otro usuario o trabajador. Por ejemplo: «No permitimos el lenguaje desconsiderado. Ese comentario ha sido irrespetuoso hacia las personas LGTB y aquí no lo vamos a tolerar».
- Los comentarios o comportamientos de otros usuarios en contra de la comunidad LGTB suelen ser un problema para las personas LGTB que asisten a servicios donde los usuarios pasan tiempo juntos, por ejemplo, salas de espera, grupos, residencias, hospitalizaciones y programas de día.
- Las políticas deben aplicarse de forma justa a los usuarios/trabajadores que sean lesbianas, gais, bisexuales, trans y heterosexuales, como las normas sobre relaciones, visitas y muestras de afecto.

Errores comunes en el comportamiento del personal

Es común que el personal de diversos puestos:

- No esté preparado o sea incapaz de mantener debates en profundidad con usuarios sobre temas relacionados con el género o la sexualidad.
- Asuma y utilice incorrectamente estereotipos y prejuicios en su trabajo.
- Ignore que las personas LGTB son diversas en cuanto a género, origen racial, cultura, clase, discapacidades, etc., y que todas estas condiciones interactúan con la orientación sexual y las identidades de género.
- Confunda la orientación sexual y la identidad de género.
- Suponga o crea que la identidad LGTB de una persona es síntoma de un trastorno mental, una enfermedad mental en sí misma o un indicador de un desarrollo deficiente.
- Suponga que la orientación sexual o la identidad de género son un problema central para los usuarios LGTB, pero nunca lo piense con los usuarios heterosexuales.
- Crea que el ser gay, lesbiana o bisexual «no es un problema» y que un usuario que quiere hablar de eso lo hace para evitar hablar de sus problemas «reales».
- Limite la exploración y el proceso de autodescubrimiento de los usuarios sacando sus propias conclusiones sobre cuál «es realmente» o «debería ser» la orientación sexual del usuario e imponiendo su punto de vista a los usuarios.
- Acepte los prejuicios y la información errónea, lo que lleva a los profesionales médicos a abogar por intervenciones diseñadas para cambiar la identidad LGTB de los usuarios, por ejemplo, conversaciones o

«terapias» reparadoras, ya desacreditadas por las principales organizaciones psiquiátricas profesionales.
- Mantenga un enfoque limitado de cómo se «debería ser» LGTB y presione de manera abierta o encubierta a los usuarios para que se ciñan a ese enfoque. Hay tantas formas de ser LGTB como de ser heterosexual.
- Utilice los patrones heterosexuales como criterios para un desarrollo personal y de relación saludable, percibiendo de esta forma a las personas y relaciones LGTB de facto como menos saludables cuando difieren de dichos patrones.
- Haga suposiciones injustificadas sobre los valores o el estilo de vida de una persona basándose en mitos o estereotipos sobre las personas LGTB.
- Utilice tópicos positivos para las personas LGTB por temor a ser llamado homofóbico o por tener una visión idealizada, que puede fomentar que los usuarios oculten su estrés o patología y que los miembros del personal/terapeutas eviten los problemas de los usuarios.
- Pregunte sobre la historia y la vida sexual de los usuarios con curiosidad, como si se tratara de un tema exótico o erótico para informarse o excitarse, en lugar de por la significación que pueda tener para la situación del usuario.

Desarrollar una relación positiva para las personas LGTB entre el profesional y el usuario

Los profesionales médicos deben saber:

- Que las prácticas de competencia cultural (incluidas las positivas para la comunidad LGTB) son un proceso continuo, no algo que se logra y da por hecho.
- Que hay prejuicios comunes, muchos de los cuales provienen de supuestos históricos no válidos en el ámbito de la salud mental y otras profesiones sanitarias, y de la sociedad en general.
- Que un profesional que mantenga una actitud positiva con la comunidad LGTB no tiene por qué ser LGTB para estar bien informado y evitar el heterosexismo.
- Que nuestra sociedad es heterosexista y heteronormativa.
- Que las personas, la sexualidad humana y las identidades son mucho más complejas que cualquiera de las etiquetas que utilizamos.
- Que incluso entre el personal y los usuarios de identidades similares pueden haber malentendidos y desacuerdos sobre cuestiones LGTB y otros temas, y que pueden ser de gran provecho para iniciar un debate fructífero.
- Que un trabajador sanitario LGTB o positivo con la comunidad puede no ser un buen candidato para un usuario LGTB por muchas otras razones.
- Que los profesionales sanitarios y de salud mental que son LGTB pueden recurrir a esta comunidad para trabajar con usuarios LGTB, pero también pueden enfrentarse a dificultades por las altas expectativas, puntos de vista o identidades en conflicto, acuerdos asumidos y prejuicios comunes en algunas comunidades LGTB sobre los demás, etc.
- Que, debido al tamaño reducido de muchas comunidades LGTB, un profesional médico LGTB y un usuario LGTB pueden moverse en el mismo círculo social o cultural y estar familiarizados con más colaboradores entre sí que en una interacción entre personas con identidades diferentes o en la que ambas son heterosexuales.
- Que algunos profesionales médicos (y algunos consumidores) tienden a ver las identidades LGTB como acosadas o trágicas debido a los problemas asociados a ser LGTB y, por lo tanto, a ignorar o no apreciar los aspectos positivos de estas identidades.

A los profesionales puede resultarles útil saber que muchas personas mencionan lo siguiente durante sus interacciones:

- El impacto de sus interacciones con otros profesionales médicos.
- «Hipervigilancia» debido a la gran capacidad de autoprotección que les permite apreciar las reacciones sutiles de otras personas a las orientaciones sexuales o identidades de género. Esta capacidad ayuda a las personas a evitar o prepararse para situaciones embarazosas o peligrosas.

- Desconfianza, hasta que se sientan seguros de que el profesional médico no tiene ningún problema con la comunidad LGTB y puede trabajar con ella en otras áreas (problemas centrales, cultura, clase, etc.).
- Reticencia a que un profesional médico sepa que son LGTB para evitar posibles rechazos o reacciones intolerantes, aunque se sientan cómodos con su identidad.
- Angustia por los conflictos que sus identidades crean con los miembros de su familia que no aceptan que sean LGTB, especialmente si dependen del apoyo familiar, provienen de un entorno cultural o personal que pone en primer lugar la armonía familiar, el honor o la lealtad y el miedo filial, o ya han experimentado conflictos familiares por otros «asuntos».
- Sensación de aislamiento y la falta de una comunidad o red social en la que se sientan cómodos, especialmente si son bisexuales, trans, de otro origen racial, tienen otras «diferencias» estigmatizadas o no viven cerca de una gran metrópolis.
- Conflicto o angustia sobre su orientación sexual, debido a la falta de información, los valores culturales o religiosos, o los mensajes negativos internalizados.
- Necesidad de trabajar activamente para desarrollar una identidad positiva. Por lo general, los heterosexuales no tienen que implicarse tan deliberadamente en el desarrollo de su identidad, porque rara vez se ven cuestionados por ello.
- Preocupación por los factores estresantes que causan prejuicios hacia el colectivo LGTB, por ejemplo, abusos, la pérdida de un trabajo, etc.
- La necesidad de abordar el consumo de sustancias, que puede o no estar vinculado a la marginación sexual, el estrés o el conflicto personal relacionados con ser LGTB.
- Presiones o encantos únicamente presentes en relaciones entre personas del mismo género, además de todas aquellas comunes a todas las relaciones. Las presiones incluyen la falta de sanciones sociales, la falta de modelos de relaciones, la patologización de las relaciones y la discriminación. Las cosas positivas incluyen amistades y flexibilidad profundas, roles igualitarios, modelos de relaciones creativas, intimidad profunda y comunicación sexual.

Estrategias sugeridas para fomentar el cambio a nivel individual e institucional

A nivel personal/individual

- Determine sus propios valores, prioridades e intenciones. La pasión es poderosa.
- Céntrese en el hecho de que lo que busca es un mundo más justo y humano. Tiene derecho a intentar cambiar las cosas.
- Busque y aproveche las pequeñas oportunidades que ofrece el día a día para facilitar el cambio. Son de mucha ayuda y no requieren tanto riesgo.
- Acepte la situación actual de las cosas y reflexione sobre qué puede hacer para cambiarla y qué no. Canalice su energía: «¿Qué puedo hacer en esta situación o para acercarme más el objetivo que ahora parece tan distante?».
- No huya del fracaso, examínelo y descubra qué puede aprender de él. Muestre compasión con usted mismo y con las otras personas que lo han intentado.
- Asuma la responsabilidad de sentirse personalmente ofendido por las injusticias cuando las presencia, incluso si no es miembro del grupo al que se está ofendiendo en ese momento.
- Si presencia reacciones negativas u hostilidad, reconozca sus sentimientos en lugar de huir de ellos. Trate de no tomar represalias, sino de canalizar su ira y dolor hacia acciones constructivas.
- Identifique y utilice de forma rigurosa las fuentes de poder y los privilegios de los que dispone.
- Evite frustrarse: reconozca sus límites y los límites de las situaciones.
- Esté dispuesto a salir de su zona de confort para lograr cambios.
- No suponga lo peor, rara vez sucede. Evite los pensamientos «catastrofistas» y manténgase alerta para detectar los riesgos reales.
- Pregúntese cuáles son los riegos de no actuar, para uno mismo, para la conciencia y para los demás.
- Muestre aceptación para conseguir aún más aceptación.
- Haga lo necesario para fortalecer su posición y animarse.

A nivel interpersonal

- Encuentre personas afines y trabaje conjuntamente con ellas para ayudarse y apoyar sus labores.
- Resuelva los problemas cuando aún son pequeños en lugar de esperar a que crezcan o exploten.
- Consiga que los demás se responsabilicen de sus palabras o acciones desconsideradas o injustas, pero sea amable al hacerlo.
- Manténgase abierto a nuevas ideas, estrategias y creatividad. Analice un problema desde distintos ángulos y busque diferentes caminos para llegar al objetivo.
- Hable con alguien que no esté involucrado en la situación para obtener una perspectiva diferente.
- Gestione sus recursos: recopile toda la información, los aliados y los recursos que necesite.
- Utilice un ejemplo específico (o la historia de una persona) para mostrar a otras personas la magnitud del problema y la importancia de los cambios en los que está trabajando o que está sugiriendo.
- Piense de antemano cómo responderá ante un incidente negativo o cómo actuará para evitarlo.
- Cuando intente un cambio que conlleve riesgos reales, hable con otras personas sobre ello con anticipación, especialmente con aquellas que estén implicadas o puedan terminar estándolo.

A nivel organizativo

- Vincule los cambios deseados a las políticas y la declaración de principios de su organización.
- Fomente la participación y el respaldo de los supervisores/gerentes y la junta directiva para que los cambios se apliquen en toda la institución u organización.
- Plantéese problemas hipotéticos y cree planes de respuesta/resolución antes de que sucedan. Analice las políticas y procedimientos permanentes para detectar lagunas.
- Cuando se produzca un incidente negativo, aborde la situación en cuestión y utilícela como oportunidad para reflexionar más adelante sobre cómo pudo suceder, cómo se podría evitar en un futuro y si la respuesta fue óptima.
- Examine qué ha funcionado o no en el pasado en otros incidentes similares y determine si estas lecciones pueden aplicarse a su situación actual o si resultan irrelevantes.
- Intente institucionalizar cualquier cambio para el que esté trabajando e incluirlo en las políticas de sus organizaciones y en los procedimientos habituales para que se convierta en algo «habitual».
- Proporcione al personal la información, formación, asesoramiento y supervisión necesaria para las competencias que quiere fomentar en su grupo/entidad.
- Hable con otras clínicas/entidades similares sobre sus actividades en este ámbito. Esto le pondrá en contexto y le servirá tanto para comparar como para mostrar a las personas más escépticas que no es la única persona/organización que se preocupa por los problemas de la comunidad LGTB. También puede generar nuevas ideas, redes y recursos.
- Pregunte a los usuarios y al personal su opinión sobre los cambios.
- Colabore con grupos de autoayuda y defensa siempre que pueda para compartir los recursos, el trabajo y las alegrías.

Crear y mantener servicios positivos para la comunidad LGTB

Particular/Médico

Tome la iniciativa para examinar sus propias creencias, actitudes y comportamientos hacia las personas LGTB y, en particular, hacia los usuarios LGTB. Decida sinceramente cambiar a través de la información, la consulta, la reflexión personal y la acción.

Nivel de servicio directo

Cree procedimientos, herramientas y hábitos diarios para ofrecer servicios de salud positivos y respetuosos para las personas LGTB. Refuerce los valores positivos de la comunidad LGTB en la formación, supervisión y evaluación de los empleados.

Nivel institucional

Cree políticas y prácticas a nivel de organización que no sean discriminatorias y reciban abiertamente a las personas LGTB.

Nivel comunitario

Promueva el respeto a las personas LGTB en su comunidad y denuncie cualquier intolerancia o discriminación. Establezca relaciones con grupos y recursos LGTB asistiendo a sus eventos, reuniéndose para hablar sobre intereses comunes, apoyando sus esfuerzos y compartiendo recursos.

Nivel normativo

Apoye y abogue por una legislación positiva para la comunidad LGTB y candidatos LGTB a nivel local, autonómico y estatal. Esté al corriente de las leyes de no discriminación, y compruebe si incluyen o excluyen la orientación sexual y la identidad de género. Respalde su cumplimiento si están incluidas o abogue por su inclusión en caso contrario.

La competencia cultural en las prácticas de salud sexual podría definirse como:

- Crear un entorno seguro y libre de prejuicios
- Analizar, cuestionar y cambiar las barreras para lograr una comunicación efectiva
- Temas considerados de apropiación histórica y sociocultural: uso del género correcto en las uniones civiles, reconocimiento de las uniones civiles y matrimonios
- Temas considerados de apropiación histórica y sexual: los términos utilizados y las preguntas formuladas
- Documentación apropiada de expedientes médicos: ¿quién ve y quién está autorizado a ver esta documentación? ¿Podría afectar negativamente al paciente?»

Extraído de: **Rainbow Heights LGTB Project (Estados Unidos)**

Ahora que ha leído toda esta información, piense en cualquier cambio que usted o su servicio puedan hacer para prestar una atención más eficaz e inclusiva para los hombres gais, bisexuales y otros HSH en torno a temas como:

- Identidad sexual (¿cómo se identifican?)
- Género e identidad de género (¿con qué género se identifican?)
- Prácticas sexuales (¿qué tipo de sexo practican los hombres gais, bisexuales y otros HSH?)
- Lenguaje (¿qué lenguaje, especialmente relacionado con las prácticas sexuales, utilizan los HSH que quizás no conozca?)
- Comunidad (¿existe una «comunidad»? ¿son sus usuarios parte de ella?)
- Edad (¿tienen problemas por sentirse «demasiado viejos» para ser atractivos?)
- Homofobia (¿reciben un buen trato diario? ¿Qué se dice en los medios de comunicación sobre las personas LGTB?)
- Salud mental (¿cómo afectan a su salud mental los problemas que sufren?)
- Origen étnico (¿son un grupo minoritario en su región? ¿cómo afecta este hecho a su estatus económico y al acceso a la atención médica? ¿cómo les percibe su comunidad en tanto que «hombre gay» u HSH?)
- Religión (¿es la religión importante para ellos? ¿qué vínculo tienen con la comunidad religiosa a la que pertenecen? ¿les afecta como HSH?)

Tenga en cuenta las conversaciones que ya ha tenido y los hombres gais, bisexuales y otros HSH que ha visto y con los que ha trabajado, y trate de identificar cualquier cambio que usted o el servicio al que pertenece puede realizar para ayudar a los HSH que puedan estar lidiando con el estigma y la discriminación.

2.1.3 Cuestionar el estigma y la discriminación

Título informal del ejercicio:
Grupos vulnerables de HSH y sus necesidades de salud sexual

Ámbito/grupo de estudio:
Cuestionar el estigma y la discriminación

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ser capaz de satisfacer las necesidades específicas de los grupos minoritarios de HSH. Los subgrupos ya identificados como útiles para debatir incluyen, entre otros:

- HSH jóvenes
- HSH inmigrantes
- HSH no identificados como gais o bisexuales
- HSH de minorías étnicas o culturales
- HSH trans
- HSH con el VIH
- HSH que ejercen la prostitución
- HSH que consumen drogas (especialmente ChemSex) y alcohol habitualmente
- HSH en instituciones penitenciarias

Este ejercicio permite a los participantes explorar y examinar las necesidades de salud sexual de los grupos vulnerables de HSH.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes examinarán la problemática a las que se enfrentan los grupos vulnerables de HSH y debatirán y desarrollarán iniciativas que puedan disminuir los impactos negativos de los problemas identificados.

Materiales necesarios:

- Diapositivas de PowerPoint.
- Hojas de ASTOR: una para cada grupo participante.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:

- Decida en qué grupos de HSH de la lista anterior de objetivos quiere centrarse. Puede resultarle útil identificar información sobre grupos vulnerables a nivel nacional o local para ayudar con el ejercicio.
- Si cree que podría ayudarle, consulte algunos de los datos del ECDC sobre grupos vulnerables de HSH. Puede encontrar los enlaces en el módulo de aprendizaje en línea.

Consejos útiles para los moderadores:

- No sea demasiado ambicioso eligiendo demasiados temas para debatir. Tome su decisión en función de la evaluación de necesidades y de los primeros debates del ejercicio.
- Si tiene la intención de hablar sobre el subgrupo «HSH con el VIH», le recomendamos que incluya también en su sesión de formación el ejercicio «Sensibilizar sobre las causas del estigma sobre el VIH/SIDA y la sexualidad».
- Le resultaría útil familiarizarse de nuevo con los datos sobre HSH de EMIS 2010 y 2017.

Método: (60 minutos)

1. Presente el tema al grupo y pregúnteles:
   - «¿A qué nos referimos cuando hablamos de «grupos vulnerables» de HSH?»
   - «¿Podéis identificar algunos grupos de HSH que consideréis «vulnerables»?
2. Anote los subgrupos identificados en el rotafolio.
3. Dígale al grupo que ahora van a centrarse en algunos de esos grupos de HSH y deben pensar en cuáles podrían ser sus necesidades de salud sexual. Marque en la pizarra los grupos que los participantes hayan identificado y que coincidan con la lista que ha decidido de antemano, y añada cualquier grupo que falte para completar la lista de grupos que quiere que traten. Necesitará identificar como mínimo tres grupos para que surjan varias conversaciones de los distintos debates. .
4. Los subgrupos ya identificados como útiles para debatir incluyen, entre otros:
   - HSH jóvenes
   - HSH inmigrantes
   - HSH no identificados como gais o bisexuales
   - HSH de minorías étnicas o culturales
   - HSH trans
   - HSH con el VIH
   - HSH que ejercen la prostitución
   - HSH que consumen drogas (especialmente ChemSex) y alcohol habitualmente
   - HSH en instituciones penitenciarias
5. Divida el grupo en subgrupos más pequeños de tres a cinco personas.
6. Cada grupo debe centrarse en los grupos vulnerables que han escogido o que se les ha asignado, e identificar y debatir los probables/posibles problemas de salud sexual a los que dichos grupos se enfrentan. Algunas preguntas rápidas útiles pueden ser:
   - ¿Cuáles son estos problemas y por qué podrían afectarles?
   - ¿Cómo se ven afectados? ¿Cómo les influyen estos problemas?
   - ¿Cuál es la diferencia para estos subgrupos si tienen VIH o se enfrentan a otras problemáticas, como ser sordos o usuarios de sillas de ruedas? ¿Cuáles son esas diferencias?
7. Comente a los grupos que disponen de 30 minutos para finalizar la tarea y pídales que resuman sus debates en puntos importantes en una de las hojas del rotafolio para cada grupo.
8. Una vez transcurridos los 30 minutos, pídales a los grupos que cuelguen las hojas en la pared de la sala de formación y que compartan con todo el grupo la lista de problemas a los que se enfrentan los subgrupos de HSH en los que se han centrado. Los grupos dispondrán de unos 5 minutos para ello.
9. Ahora que todos los grupos han recopilado problemas que sufren los subgrupos de HSH, pídale al grupo que desarrolle intervenciones para el ámbito de salud sexual de uno de los grupos de los que ha debatido, tanto trabajando directamente con ese grupo o en una institución que utilizan o en la que residen.
10. Deben desarrollar su intervención utilizando una hoja de ASTOR (Finalidad, Espacio, Público, Objetivos y Recursos, por sus siglas en inglés), así que comparta con el grupo la diapositiva de PowerPoint en la que se explica qué es ASTOR y reparta su propia hoja de ASTOR a cada uno de los grupos.

PPT

Un ASTOR es una herramienta de creación de proyectos sencilla y útil que sirve para identificar algunos de los elementos clave necesarios en una intervención. Consta de:

FINALIDAD: ¿qué pretende lograr?

ESPACIO: ¿dónde se intenta llevar a cabo?

PÚBLICO: ¿para quién es la intervención?

OBJETIVOS: ¿qué pasos son necesarios para lograr la FINALIDAD?

RECURSOS: ¿qué se necesita para que la intervención se lleve a cabo?

Por ejemplo, recursos económicos, dedicación de tiempo por parte del personal, espacio de oficina, otros recursos, etc.

11 Comente a los grupos que es mejor trabajar en un primer momento anotando las conclusiones en una hoja del rotafolio y transferirlas después a la hoja de ASTOR. Dígales que tienen 30 minutos para esta tarea.

Comentarios facilitados:

El moderador pide al grupo que compartan por turnos sus comentarios sobre el subgrupo en el que se han centrado.

Pida a los grupos que comenten su hoja de ASTOR para describir su intervención y cualquier otra idea que tengan sobre cómo funcionará la intervención y el resultado previsto. ¿Qué se podría lograr?

Cuando todos los grupos hayan compartido sus comentarios, pregunte a todo el grupo su experiencia al desarrollar estas intervenciones:

- ¿Cómo ha ido?
- ¿Cómo influye su intervención en las necesidades de salud sexual del subgrupo en el que han trabajado?
- ¿Creen que el debate ha servido para identificar las competencias y el enfoque que han utilizado para desarrollar la iniciativa? ¿Son fáciles de usar en todos los grupos en los que trabajaron?
- La experiencia de desarrollar una intervención para el subgrupo en el que trabajaron, ¿les dio alguna idea o reflexión para otros subgrupos de HSH?

Si parecen interesados, recomiende al grupo el módulo de aprendizaje en línea para obtener más información sobre los subgrupos vulnerables de HSH y enlaces a datos. Concluya el ejercicio.

Hoja de trabajo para los participantes: Cuestionar el estigma: grupos vulnerables de HSH

ASTOR

Finalidad: ¿qué pretende logar	
Espacio: ¿dónde se lleva a cabo?	
Público: ¿para quién es la intervención?	
Objetivos: ¿qué pasos son necesarios para lograr la finalidad?	
Recursos: ¿qué se necesita para que la intervención se lleve a cabo? Por ejemplo, recursos económicos, dedicación de tiempo por parte del personal, espacio de oficina, otros recursos, etc.	

Título informal del ejercicio:

Concienciar sobre las causas del estigma sobre el VIH/SIDA y la sexualidad.

Ámbito/grupo de estudio:

Cuestionar el estigma y la discriminación

Objetivo o propósito del ejercicio:

Sensibilizar sobre las causas y el impacto del estigma en torno al VIH/SIDA, las ITS o la sexualidad, en el campo de la salud sexual. Este ejercicio permite a los participantes explorar y examinar las causas del estigma en torno a la orientación sexual y el VIH/SIDA.

Resultado esperado del ejercicio:

Los participantes reflexionarán y serán más conscientes de las causas del estigma relacionadas con la sexualidad y el VIH/SIDA, tanto en la población de HSH como en la sociedad en general. Este ejercicio permite a los participantes examinar los pasos necesarios para proporcionar servicios adecuados y aceptables para hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Materiales necesarios:

- Hoja de «cuestiones» impresa. Lo idónea sería utilizar papel en tamaño A3 o reproducir las hojas en el rotafolio.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos
- Papel y bolígrafos para los participantes

Preparación del moderador:

- Piense en las siguientes tres áreas:
  - desconocimiento,
  - falta de visibilidad, y
  - convenciones sociales,

  y cómo pueden influir en el estigma y la discriminación en torno al VIH/SIDA y la sexualidad. Por ejemplo, con la falta de visibilidad, si nunca aparece una persona «gay» en televisión o en películas, es más fácil pensar que no existen.

Consejos útiles para los moderadores:

- Piense en los comentarios prejuiciosos que ha escuchado o en torno a los que ha trabajado para motivar al grupo. Anímelos a que piensen también en todo lo que hayan escuchado mientras realizan el ejercicio.

Método: (45 minutos)

1. Presente al grupo el tema y pídales que formen parejas o subgrupos de tres y analicen la pregunta:
   - «¿Cómo se estigmatiza el VIH, el ser seropositivo o el ser un hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres?»
2. Si cree que podría ser útil, recoja algunas de las respuestas del rotafolio. Dedique unos 5 minutos a esta lluvia de ideas..
3. Una vez recopiladas todas las ideas, divida el grupo en 3 subgrupos más pequeños. Si hay demasiados participantes, divida el grupo en 6 subgrupos para que estos sean viables. En este caso, 2 subgrupos tendrán que comentar la misma «causa del estigma».
4. Cada subgrupo tratará una de las causas del estigma que nos concierne:
   - Falta de conocimientos
   - Falta de visibilidad
   - Convenciones sociales relativas al sexo, la sexualidad y la identidad de género
5. Los subgrupos analizarán y anotarán sus opiniones sobre estas causas del estigma. Algunas preguntas útiles son:
   - ¿Qué entendemos por falta de conocimientos? ¿Cuáles son las faltas de conocimientos y cómo se reflejan en la estigmatización del VIH, la sexualidad y la identidad de género?
   - ¿A qué nos referimos con la falta de visibilidad en torno al VIH, la sexualidad y la identidad de género, y cómo podría influir en el estigma y la discriminación?
   - ¿Qué son las «convenciones sexuales» y cómo se reflejan estas «convenciones» sobre el sexo, la sexualidad y la identidad de género en el estigma que sufren los HSH?
6. Si los grupos lo necesitan, puede sugerirles algunos ejemplos de factores que causan estigmas, como:

   VIH:
   - miedo a infectarse;
   - miedo a morir;
   - tabús sexuales sobre el sexo anal;
   - ser identificado como gay/sucio/infectado;
   - ser una «mala representación» de la comunidad LGTBIQ+ por ser seropositivo;
   - ser un «putón»

   LGBTIQ+:
   - ser considerado «antinatural»;
   - no tener referentes de personas LGTBIQ+;
   - cuestionar las expectativas de la gente sobre quién se es;
   - religiones y dogmas religiosos;
   - ser acusado de tener relaciones sexuales que no tienen como fin el embarazo.
7. Los grupos deben considerar estas causas para el VIH/SIDA y la orientación sexual y plantearlas en el contexto de la población de HSH/comunidad LGTBIQ+ y la sociedad en general.
8. Entregue a cada grupo un número suficiente de hojas de cuestiones (puede ver un ejemplo a continuación) para que las rellenen. Los ejemplos completados a continuación son solo informativos, los grupos recibirán sus hojas sin rellenar.

Tema: Falta de conocimientos

VIH/SIDA		Sexualidad	
Población de HSH	«Putón infectado»	Población de HSH	«Demasiado amanerado»
	Ejemplo 2		Ejemplo 2
	Ejemplo 3, etc., etc.		Ejemplo 3, etc., etc.
Sociedad	«Tabú en torno al sexo anal entre hombres»	Sociedad	«Antinatural»
	Ejemplo 2		Ejemplo 2
	Ejemplo 3, etc., etc.		Ejemplo 3, etc., etc.

9. Informe a los grupos de que tienen 30 minutos para esta tarea.

Comentarios facilitados: (30 minutos)

- Una vez transcurrido este tiempo, vuelva a reunir a los subgrupos en un solo grupo. Cada subgrupo compartirá sus conversaciones y su hoja de «presentación final» con el grupo. Después de que cada subgrupo haya completado su presentación, pregunte a los demás subgrupos si tienen algún ejemplo de «causas del estigma» que quieran comentar.
- Si existen dos subgrupos por «causa», pida a los subgrupos que se reúnan y creen su «hoja de presentación final» 10 minutos antes de que se acabe el tiempo asignado.
- Una vez que todos los grupos hayan compartido sus comentarios, concluya el ejercicio.

Hoja de trabajo para los participantes: Cuestionar el estigma y la discriminación: concienciar sobre las causas del estigma.

<table>
<tr><td colspan="4">Tema:</td></tr>
<tr><td colspan="2">VIH/SIDA</td><td colspan="2">Sexualidad</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Población de HSH</td><td></td><td rowspan="3">Población de HSH</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Sociedad</td><td></td><td rowspan="3">Sociedad</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

Título informal del ejercicio:
Crear un servicio y entorno libres de prejuicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH

Ámbito/grupo de estudio:
Cuestionar el estigma y la discriminación

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes examinar los pasos necesarios para proporcionar servicios adecuados y aceptables para hombres gais, bisexuales y otros HSH. Los participantes examinarán cómo ser más competentes a la hora de involucrar a personas u organizaciones para cuestionar el estigma del VIH y la homofobia y poder utilizar la «competencia cultural» con las poblaciones de HSH para lograr mejores resultados.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes explorarán y evaluarán los pasos necesarios para crear servicios libres de prejuicios y tendrán una mejor idea sobre cómo poner en práctica los cambios identificados.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos
- Papel y bolígrafos para los participantes

Preparación del moderador:
- Lea las diapositivas sobre la definición de estigma y los pasos para acabar con él.
- No se trata de un ejercicio para ser negativos sobre los servicios no comunitarios, sino para analizar cómo podrían mejorar todos los servicios.
- A la hora de buscar ejemplos para que los participantes los debatan, piense en sus propios servicios y en otros servicios locales.
- Piense tanto en ejemplos buenos como en malos.
- Analice las cuestiones prácticas y las normativas. Tenga en cuenta la información proporcionada sobre el servicio y el acceso a dicho servicio.
- Considere todos los aspectos de la práctica «no discriminatoria». Cualquier detalle es importante, como el horario de apertura o los horarios de los grupos apropiados para las personas con las que trabaja.
- A continuación se describen dos métodos que comparten el mismo proceso en los comentarios facilitados. El segundo método solo debe utilizarse si ofrece formación en su propio servicio y todos los participantes son de ese mismo servicio. También deberá leer y comprender todas las políticas de sus servicios y los pasos prácticos relacionados con la práctica antidiscriminatoria.

Consejos útiles para los moderadores:
- Recuerde que no tiene por qué saberlo todo. Deje que los conocimientos y experiencias de los miembros del grupo guíen los debates, ayudando y ofreciendo indicaciones en caso necesario.

Método uno: (40 minutos)

1. Presente el tema y pregúntele al grupo:
   - «¿En qué pensáis cuando se habla de servicios libres de prejuicios?»

   y recopile alguna de sus opiniones en el rotafolio, si cree que pueden resultar útiles. Dedique únicamente 5 minutos (máximo 10) a esta cuestión. Se trata de una lluvia de ideas rápida, no de un debate.
2. Una vez finalizada la lluvia de ideas, comparta la información de las diapositivas de PowerPoint sobre los pasos sugeridos para crear un servicio libre de prejuicios.

Definición de estigma
- ONUSIDA define el estigma y la discriminación como: «[...] un «proceso de devaluación» de las personas con VIH y SIDA o relacionadas con ellos [...] La discriminación es un resultado del estigma y es un trato injusto y desigual de una persona basado en [...] el estado de VIH percibido».

Reducir el estigma en los centros de salud
- Concienciar sobre el estigma y las ventajas de reducirlo
- Se deben abordar los miedos y malentendidos sobre la transmisión del VIH
- Comprender y hacer frente a la asociación del VIH y el SIDA con comportamientos asumidos como «inmorales» o «inapropiados»
- Desarrollar y supervisar periódicamente una orientación clara o políticas específicas para acabar con los comportamientos discriminatorios

3. Es útil enlazar esto con los cuatro puntos en torno a la «competencia cultural» (concienciación, actitud, conocimiento y competencias) mostrándoles la diapositiva de PowerPoint y haciendo referencia al debate del ejercicio «Cuando era joven» si lo llevó a cabo con el grupo, creando entornos y servicios libres de prejuicios.

4. **La «competencia cultural» tiene cuatro componentes principales: concienciación, actitud, conocimiento y competencias.**

Concienciación:
Es importante examinar nuestro propios valores y creencias para reconocer los prejuicios y estereotipos más profundos que pueden crear barreras para nuestro aprendizaje, desarrollo personal y trabajo en el que estamos involucrados. Muchos de nosotros podemos ser un poco inflexibles en lo relativo a nuestras creencias y valores; la educación y formación en la diversidad puede resultar útil para ampliar nuestras miras.

Actitud:
Los valores y creencias influyen en la eficacia a la hora de resolver cuestiones culturales porque muestran hasta qué punto estamos abiertos a diferentes puntos de vista y opiniones. Cuanto más arraigados estén nuestros valores y creencias, más probable es que reaccionemos de forma emocional cuando nos enfrentemos a diferencias culturales.

Conocimiento:
Cuanto más sepamos sobre personas de diferentes culturas y procedencias, más probabilidades tendremos de cometer menos errores. Entender cómo influye la cultura a la hora de resolver problemas, gestionar a las personas, pedir ayuda, etc., puede ayudarnos a concienciarnos de que estamos ante una interacción intercultural.

Competencias:
Se puede tener una actitud «correcta», conciencia de uno mismo y muchos conocimientos sobre las diferencias culturales, pero no ser capaz de gestionar dichas diferencias de manera eficaz. Si no hemos adquirido competencias o hemos tenido pocas oportunidades para practicarlas, nuestros conocimientos y concienciación no serán suficiente para evitar y gestionar problemas interculturales.

5. Divida el grupo en subgrupos más pequeños de 3 a 5 miembros.
6. La tarea del grupo es usar un servicio o entorno utilizado para trabajar con HSH que sea parte de sus propios servicios o de otra comunidad, o un servicio clínico que conozcan. Deben plantearse cualquier cambio en ese servicio que pueda implementarse utilizando la información de las diapositivas de PowerPoint bajo los títulos concienciación, actitud, conocimiento y competencias. Las preguntas rápidas son::
   - ¿Cómo serían esos cambios? Pensad tanto en cambios a pequeña escala como a gran escala.
   - ¿A quién podríais dirigiros para aplicar esos cambios y cómo podríais obtener apoyo para los cambios sugeridos?
   - ¿Cómo podéis garantizar que los servicios sean «culturalmente competentes»? (que funcionen para la gente que los usa)
   - ¿Cómo podríais utilizar redes que podrían crearse (como las creadas en esta formación) o que ya existen, para apoyaros mutuamente?
   - ¿Cómo sería un servicio «perfecto»? Es necesario comprender que los servicios perfectos no existen, se trata de ver cómo de bueno puede ser un servicio.
7. Los grupos disponen de 20 minutos para esta tarea..

Método dos: (40 minutos: utilizar únicamente en su propio servicio)

Lleve a cabo la sesión como se describe en el método uno hasta el punto 5.

5. Los grupos deben utilizar el servicio o entorno en el que trabajan con HSH. Deben plantearse cualquier cambio en el servicio que pueda implementarse utilizando la información de las diapositivas de PowerPoint bajo los títulos concienciación, actitud, conocimiento y competencias. Las preguntas rápidas son:
   - ¿Cómo serían esos cambios? Pensad tanto en cambios a pequeña escala como a gran escala.
   - ¿De qué políticas dispone vuestra organización para crear servicios libres de prejuicios? ¿El personal las conoce? (incluido el personal de recepción, limpieza y otro personal auxiliar)
   - ¿Conocen vuestros usuarios las políticas del servicio? ¿Cómo se informan de ellas? ¿Cómo sabéis que las conocen?
   - Si identificáis cambios o novedades en cuestiones prácticas y normativas, ¿con quién podéis hablar sobre dichos cambios? ¿Cómo podéis lograr apoyo para esos cambios y los que podáis sugerir?
   - ¿Cómo sería un servicio «perfecto»? Es necesario comprender que los servicios perfectos no existen, se trata de ver cómo de bueno puede ser un servicio.
6. Los grupos disponen de 20 minutos para esta tarea.

Comentarios facilitados: (30 minutos)

Cuando se acabe el tiempo, pídales a los grupos que compartan sus conversaciones. Cada grupo dispone de 5 minutos y deberá:

- Identificar el servicio o tipo de servicio que se han planteado
- Sugerir los 3 cambios principales que podrían llevar a cabo, tanto a nivel práctico como político.
- ¿Cómo podrían garantizar la transparencia para que los usuarios conozcan las políticas que los apoyan si sufren discriminación? ¿Cómo podría saber el usuario cómo usar estas políticas?
- ¿Cómo pueden abordar los cambios que han identificado?
- ¿Quién podría participar en los cambios?
- ¿Qué ayuda consideran necesaria para implementar estos cambios?

Cuando los grupos hayan compartido sus comentarios, pregunte si hay otros puntos que quieran debatir y pídales que consulten el módulo de aprendizaje en línea si necesitan más información y recursos de apoyo para entender cómo crear políticas para lograr un espacio o servicio libre de prejuicios. Concluya el ejercicio.

Información adicional:

La siguiente información le ayudará con los debates o preguntas que tenga el grupo. También está disponible de forma más completa en el módulo de aprendizaje en línea.

Definición de estigma

- ONUSIDA define el estigma y la discriminación por VIH como: «[...] un «proceso de devaluación» de las personas con VIH y SIDA o relacionadas con ellos [...] La discriminación es resultado del estigma y consiste en un trato injusto y desigual de una persona basado en el estado de VIH percibido».
- A menudo, el estigma aumenta los prejuicios y desigualdades existentes. El estigma por el VIH tiene a ser más debilitante para las personas que ya están socialmente marginadas y estrechamente relacionadas con el VIH y el SIDA, como los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, los consumidores de drogas inyectables y los presos.
- Hay muchas formas en las que el estigma por VIH se manifiesta en centros sanitarios. Un estudio de Tanzania documentó una amplia gama de prácticas discriminatorias y estigmatizantes, y las clasificó a grandes rasgos en negligencia, tratamiento diferenciado, negación de la atención, pruebas y divulgación del estado de VIH sin consentimiento, y abuso verbal.
- El estigma y la discriminación en los centros sanitarios y en otros lugares contribuyen a evitar que las personas, incluidos los profesionales médicos, adopten conductas preventivas del VIH y accedan a la atención y el tratamiento necesarios. El temor a ser identificado como una persona infectada con VIH aumenta la probabilidad de que las personas eviten hacerse la prueba del VIH, revelen su estado de VIH a los profesionales médicos y familiares, o busquen tratamiento y atención, comprometiendo así su salud y bienestar.
- El estigma representa un importante «coste» tanto para los particulares como para la salud pública. Las investigaciones han demostrado que experimentar miedo o estigma a menudo conlleva aplazar o rechazar la atención, buscar atención lejos de casa para proteger la confidencialidad y no seguir el tratamiento médico.
- La investigación llevada a cabo en poblaciones generales de todo el mundo ha revelado tres causas clave de acción inmediata relacionadas con el estigma por VIH en entornos comunitarios:
  - ► Falta de concienciación sobre el estigma y por qué es perjudicial;
  - ► temor a un contacto casual derivado de la falta de conocimiento sobre la transmisión del VIH; y
  - ► valores que relacionan a las personas con VIH con un comportamiento inapropiado o inmoral.

Reducir el estigma en los centros de salud

- Una enseñanza fundamental que surgió de investigaciones recientes y experiencias de campo es que, para combatir el estigma en los centros sanitarios, las intervenciones deben centrarse en las personas particulares, el ambiente y las políticas.

Nivel individual

- A nivel individual, es fundamental aumentar la conciencia entre los trabajadores sanitarios sobre el estigma y las ventajas de reducirlo. Comprender mejor qué es el estigma, cómo se manifiesta y qué consecuencias negativas acarrea puede ayudar a reducir el estigma y la discriminación y mejorar las interacciones entre el paciente y el profesional.
- También deben abordarse los miedos y malentendidos sobre la transmisión del VIH. Los programas deben proporcionar a los trabajadores sanitarios información completa sobre cómo se transmite o no el VIH y sobre cómo poner en práctica precauciones universales puede disipar sus temores.
- Comprender la asociación del VIH y el SIDA con comportamientos asumidos como inmorales o inapropiados es esencial para hacer frente a estas percepciones que promueven actitudes estigmatizantes hacia las personas con VIH.

Nivel ambiental

- En el entorno físico, los programas deben garantizar que los trabajadores sanitarios dispongan de la información, los suministros y el equipo necesarios para practicar las precauciones universales y prevenir la transmisión del VIH por accidente laboral.

Nivel normativo

- La ausencia de políticas específicas o una guía clara relacionada con el cuidado de los pacientes con VIH refuerza el comportamiento discriminatorio entre los trabajadores sanitarios. Los centros sanitarios deben adoptar políticas que protejan la seguridad y la salud de los pacientes y el personal sanitario, para prevenir la discriminación contra las personas con VIH. Estas políticas tienen más éxito si se desarrollan de manera participativa, se comunican claramente al personal y se supervisan de forma periódica una vez puestas en práctica.

Aquí le indicamos algunas sugerencias:

- Involucrar a todos los miembros del personal en la formación y la creación de políticas, no solo al profesional médico
- Utilizar métodos participativos como juegos, dramatizaciones, ejercicios y debates grupales para compartir experiencias
- Ofrecer formación sobre el estigma y las precauciones universales
- Involucrar a las personas con VIH en la creación de políticas y el desarrollo de formación para el personal
- Supervisar periódicamente el estigma entre los trabajadores sanitarios
- Aprovechar las herramientas existentes
- Atender las necesidades de los trabajadores de salud infectados por el VIH a través de servicios que incluyan el asesoramiento, las pruebas y el apoyo.

Extraído de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731724/

Materiales de soporte en línea

Cuestionar el estigma y la discriminación:

Crear un servicio y entorno libres de prejuicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH

Definición de estigma

ONUSIDA define el estigma y la discriminación por VIH como: «[...] un «proceso de devaluación» de las personas con VIH y SIDA o relacionadas con ellos [...] La discriminación es resultado del estigma y consiste en un trato injusto y desigual de una persona basado en el estado de VIH percibido».

«A menudo, el estigma aumenta los prejuicios y desigualdades existentes. El estigma por el VIH tiene a ser más debilitante para las personas que ya están socialmente marginadas y estrechamente relacionadas con el VIH y el SIDA, como los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, los consumidores de drogas inyectables y los presos.

Hay muchas formas en las que el estigma por VIH se manifiesta en centros sanitarios. Un estudio de Tanzania documentó una amplia gama de prácticas discriminatorias y estigmatizantes, y las clasificó a grandes rasgos en negligencia, tratamiento diferenciado, negación de la atención, pruebas y divulgación del estado de VIH sin consentimiento, y abuso verbal.

El estigma y la discriminación en los centros sanitarios y en otros lugares contribuyen a evitar que las personas, incluidos los profesionales médicos, adopten conductas preventivas del VIH y accedan a la atención y el tratamiento necesarios. El temor a ser identificado como una persona infectada con VIH aumenta la probabilidad de que las personas eviten hacerse la prueba del VIH, revelen su estado de VIH a los profesionales médicos y familiares, o busquen tratamiento y atención, comprometiendo así su salud y bienestar.

El estigma representa un importante «coste» tanto para los particulares como para la salud pública. Las investigaciones han demostrado que experimentar miedo o estigma a menudo conlleva aplazar o rechazar la atención, buscar atención lejos de casa para proteger la confidencialidad y no seguir el tratamiento médico.

La investigación llevada a cabo en poblaciones generales de todo el mundo ha revelado tres causas clave de acción inmediata relacionadas con el estigma por VIH en entornos comunitarios:

- Falta de concienciación sobre el estigma y por qué es perjudicial;
- temor a un contacto casual derivado de la falta de conocimiento sobre la transmisión del VIH; y
- valores que relacionan a las personas con VIH con un comportamiento inapropiado o inmoral.

Reducir el estigma en los centros de salud

Una enseñanza fundamental que surgió de investigaciones recientes y experiencias de campo es que, para combatir el estigma en los centros sanitarios, las intervenciones deben centrarse en diferentes niveles: el de las personas particulares, el ambiental y el de las políticas.

Nivel individual

A nivel individual, es fundamental aumentar la conciencia entre los trabajadores sanitarios sobre el estigma y las ventajas de reducirlo. Comprender mejor qué es el estigma, cómo se manifiesta y qué consecuencias negativas acarrea puede ayudar a reducir el estigma y la discriminación y mejorar las interacciones entre el paciente y el profesional.

También deben abordarse los miedos y malentendidos sobre la transmisión del VIH. Los programas deben proporcionar a los trabajadores sanitarios información completa sobre cómo se transmite o no el VIH y sobre cómo poner en práctica precauciones universales puede disipar sus temores.

Comprender la asociación del VIH y el SIDA con comportamientos asumidos como inmorales o inapropiados es esencial para hacer frente a estas percepciones que promueven actitudes estigmatizantes hacia las personas con VIH.

Nivel ambiental

En el entorno físico, los programas deben garantizar que los trabajadores sanitarios dispongan de la información, los suministros y el equipamiento necesarios para practicar las precauciones universales y prevenir la transmisión laboral del VIH.

Nivel normativo

La ausencia de políticas específicas o una guía clara relacionada con el cuidado de los pacientes con VIH refuerza el comportamiento discriminatorio entre los trabajadores sanitarios. Los centros sanitarios deben adoptar políticas que protejan la seguridad y la salud de los pacientes y el personal sanitario, para prevenir la discriminación contra las personas con VIH. Estas políticas tienen más éxito si se desarrollan de manera participativa, se comunican claramente al personal y se supervisan de forma periódica una vez puestas en práctica.

Aquí le indicamos algunas sugerencias:

- Involucrar a todos los miembros del personal en la formación y la creación de políticas, no solo al profesional médico
- Utilizar métodos participativos como juegos, dramatizaciones, ejercicios y debates grupales para compartir experiencias
- Ofrecer formación sobre el estigma y las precauciones universales
- Involucrar a las personas con VIH en la creación de políticas y el desarrollo de formación para el personal
- Supervisar periódicamente el estigma entre los trabajadores sanitarios
- Aprovechar las herramientas existentes
- Atender las necesidades de los trabajadores de salud infectados por el VIH a través de servicios que incluyan el asesoramiento, las pruebas y el apoyo.»

Taken from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731724/

Crear un servicio o entorno libre de prejuicios está fuertemente vinculado a la comprensión y el uso de la competencia cultural. La competencia cultural es la capacidad de negociar con éxito las diferencias interculturales para lograr objetivos prácticos.

La «competencia cultural» tiene cuatro componentes principales: concienciación, actitud, conocimiento y competencias.

Concienciación:

Es importante examinar nuestro propios valores y creencias para reconocer los prejuicios y estereotipos más profundos que pueden crear barreras para nuestro aprendizaje, desarrollo personal y trabajo en el que estamos involucrados. Muchos de nosotros podemos ser un poco inflexibles en lo relativo a nuestras creencias y valores; la educación y formación en la diversidad puede resultar útil para ampliar nuestras miras.

Actitud:

Los valores y creencias influyen en la eficacia a la hora de resolver cuestiones culturales porque muestran hasta qué punto estamos abiertos a diferentes puntos de vista y opiniones. Cuanto más arraigados estén nuestros valores y creencias, más probable es que reaccionemos de forma emocional cuando nos enfrentemos a diferencias culturales.

Conocimiento:

Cuanto más sepamos sobre personas de diferentes culturas y procedencias, más probable será que cometamos menos errores. Entender cómo influye la cultura a la hora de resolver problemas, gestionar a las personas, pedir ayuda, etc., puede ayudarnos a concienciarnos de que estamos ante una interacción intercultural.

Competencias:

Se puede tener una actitud «correcta», conciencia de uno mismo y muchos conocimientos sobre las diferencias culturales, pero no ser capaz de gestionar dichas diferencias de manera eficaz. Si no hemos adquirido competencias o hemos tenido pocas oportunidades para practicarlas, nuestros conocimientos y concienciación no serán suficiente para evitar y gestionar problemas interculturales.

Extraído de: **Rainbow Heights LGTB Project (Estados Unidos)**

Hay disponible una herramienta de evaluación que le puede resultar útil y que se ha utilizado para calcular el estigma en los servicios. Se muestra aquí relacionada con el estigma por VIH y el estigma relacionado con los HSH y las personas LGTB.

Calcular el nivel de estigma y de discriminación por VIH

Extraído de: http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf

«Es posible calcular los niveles de estigma y discriminación en torno al VIH/SIDA utilizando un conjunto de preguntas dirigidas a la población en general, a los trabajadores sanitarios y a las personas con VIH. A continuación, se muestra un ejemplo de cómo podría ser uno de estos ejercicios de medición:»

Preguntas ilustrativas por campo sobre el estigma y la discriminación por VIH.

	Población general	Personal sanitario	Personas seropositivas
Campo			
Miedo a infectarse	¿Teme que pueda contraer el VIH si entra en contacto con la saliva de una persona seropositiva?	¿Cuánto le preocuparía contraer el VIH si hiciera lo siguiente? • Tomarle la temperatura a un paciente seropositivo • Etc. • Etc. ¿Suele utilizar alguna de las siguientes medidas a la hora de prestar atención sanitaria a un paciente seropositivo? • Evitar el contacto físico • Etc. • Etc. ¿Cuánto le preocupa asistir en los trabajos de parto y en el parto en sí en las siguientes situaciones? La mujer es seropositiva. Se desconoce el estado de VIH de la mujer.	N/A

Juicio social	¿Está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación? *«Me avergonzaría que alguien de mi familia tuviera el VIH».*	¿Está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes afirmaciones? *«Las personas seropositivas podrían haber evitado contraer el VIH si hubieran querido».* *«Las personas seropositivas deberían estar avergonzadas de sí mismas».* *«Me avergonzaría que alguien de mi familia se infectara con el VIH».*	¿Está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación? *«La gente piensa que el VIH es algo de lo que avergonzarse y no deberían relacionarse conmigo».*
Entorno jurídico y político	Se necesita más desarrollo	*«Mi centro de salud cuenta con políticas para proteger a los pacientes seropositivos contra la discriminación».* *T«endré problemas en el trabajo si no sigo las políticas para proteger a los pacientes seropositivos».* *«Desde que trabajo en mi centro, he recibido formación para proteger la confidencialidad del estado de VIH de los pacientes».*	¿Ha oído hablar de [añadir la ley, política o conjunto de directrices más popular a nivel nacional] que protege los derechos de las personas seropositivas en este país? En caso afirmativo, ¿ha leído o analizado el contenido de esta ley/política/conjunto de directrices? En los últimos 12 meses, ha participado en alguna labor para desarrollar leyes, políticas o directrices relacionadas con el VIH? ¿Considera que tiene influencia en las decisiones de cualquiera de los siguientes aspectos? • Asuntos jurídicos que afectan a las personas seropositivas • Políticas gubernamentales a nivel local que afectan a las personas seropositivas • Políticas gubernamentales a nivel nacional que afectan a las personas seropositivas

Estigma previsto	En su opinión, ¿dudan las personas en hacerse la prueba del VIH por temor a la reacción de los demás si los resultados son positivos? En su opinión, ¿cómo de reticente se muestra el personal sanitario de este centro a trabajar con un/a compañero/a con VIH, independientemente de sus obligaciones?	En su opinión, ¿cómo de reticente se muestra el personal sanitario de este centro a hacerse la prueba del VIH por miedo a la reacción de los demás si los resultados son positivos?	¿Podría el miedo a la posible reacción de otras personas (p. ej., sus amigos, familiares, su jefe o su entorno) en caso de que los resultados fueran positivos hacer que dudase sobre si hacerse la prueba? Sí/No En los últimos 12 meses, ¿ha tenido miedo de que le suceda alguna de las siguientes cosas? • Que hablen sobre usted • Que le insulten verbalmente, le acosen o amenacenQue le acosen físicamente o le amenacen • Que le agredan físicamente
Estigma internalizado	N/A	N/A	En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado alguno de los siguientes sentimientos por su estado de VIH? • He sentido vergüenza • Me he sentido culpable • Me he culpado a mí mismo/a • He culpado a los demás • He tenido baja autoestima • He sentido que merecía ser castigado/a • He tenido pensamientos suicidas
Estigma percibido	¿Hablan mal las personas sobre quienes son seropositivas (o se cree que lo son)? ¿Pierden su prestigio y reputación las personas seropositivas (o que se cree que lo son)?	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha observado lo siguiente en su centro de salud? Trabajadores sanitarios que hablan mal de las personas seropositivas (o que se cree que lo son)	Consulte las preguntas paralelas en «estigma vivido»

Estigma vivido (fuera del ámbito jurídico)	¿Compraría verduras frescas de un frutero si supiese que esa persona tiene VIH?	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha vivido lo siguiente? • Algunas personas han hablado mal de mí porque me preocupo por los pacientes seropositivos • Mis amigos o familiares me han evitado porque cuido a pacientes con VIH • Han asumido que soy seropositivo/a porque trato con pacientes con VIH	En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha dado cuenta de que hablaban de usted en relación con su estado de VIH? En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se le ha excluido de reuniones o actividades sociales?

Discriminación (dentro del ámbito legal)	¿Considera que los niños seropositivos deben poder ir a la escuela con otros niños que no lo son? En su opinión, si una maestra tiene el VIH pero no está enferma, ¿debería poder seguir dando clase en la escuela?	Nunca le haría una prueba de VIH a un paciente sin su consentimiento. Independientemente de mis opiniones o sentimientos, es mi responsabilidad profesional mantener la confidencialidad de los pacientes seropositivos. Para evaluar el estigma clave de la población: Preferiría no atender a*:* • *Personas que se inyectan drogas ilegales* • *Hombres que tienen sexo con hombres* • *Trabajadores sexuales* • *Personas trans* • *Mujeres que tienen sexo con mujeres* • *Inmigrantes* Para cada una de las poblaciones enumeradas hay una pregunta complementaria: Estoy totalmente de acuerdo/en desacuerdo por los siguientes motivos: • Hacen que corra más riesgo de enfermar • Este grupo mantiene un comportamiento inmoral • No he recibido formación para trabajar con este grupo • Me preocupa que la gente piense que formo parte de este grupo.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le han denegado atención sanitaria, incluida la atención dental, debido a su estado de VIH? ¿Fue usted quien decidió hacerse la prueba del VIH? • Sí, yo decidí hacerme la prueba (es decir, fue voluntario) • Decidí hacerme la prueba porque me presionaron • Me obligaron a hacerme la prueba del VIH (coerción) • Me hicieron la prueba sin mi consentimiento • Me enteré cuando ya me la habían hecho Para evaluar el estigma clave de la población: Si sufrió estigma o discriminación por otros motivos distintos a su estado de VIH, escoja la categoría que explique mejor por qué se le estigmatizó o discriminó. • Orientación sexual (hombres que tienen sexo con hombres, gay o lesbiana, trans) • Trabajador/a sexual • Consumidor/a de drogas inyectables • Refugiado/a o solicitante de asilo • Desplazados internos • Miembro de un grupo étnico • Trabajador/a inmigrante • Preso/a • Ninguna de las anteriores (otro motivo)

Resiliencia	N/A	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha observado lo siguiente en su centro de salud? • Personal sanitario enfrentándose o educando a alguien que trataba o hablaba mal a una persona seropositiva	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que enfrentarse con alguien, cuestionar sus actos o advertirle porque le estaba estigmatizando o discriminando? En los últimos 12 meses, ¿ha atendido a personas con VIH? En caso afirmativo, ¿qué tipo de ayuda proporcionó? • Apoyo emocional • Apoyo físico • Derivación a otros servicios

Este tipo de herramienta de medición se puede adaptar para calcular los niveles de estigma en torno a otros temas, como la orientación sexual y el estado de VIH. A continuación, puede ver una muestra:

	Población general	Personal sanitario	HSH/LGTB
Campo			
Miedo a infectarse	¿Teme que pueda contraer el VIH si entra en contacto con un hombre gay?	¿Le preocuparía contraer el VIH si hiciera lo siguiente? • Tomarle la temperatura a un paciente seropositivo • Etc. • Etc. ¿Suele utilizar alguna de las siguientes medidas a la hora de prestar atención sanitaria a un paciente seropositivo? • Evitar el contacto físico • Etc. • Etc. ¿Le preocupa trabajar con HSH que sean seropositivos?	Si usted es un hombre VIH negativo, ¿se niega a tener sexo con hombres con VIH por miedo a contraerlo? ¿Cree que los hombres con VIH deberían informar a sus parejas sexuales sobre su estado de VIH antes de tener relaciones sexuales? ¿Cree que se debería sancionar a los hombres con VIH que no informan a sus parejas de que tienen el VIH?

Juicio social	¿Está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación? *«Me avergonzaría que alguien de mi familia fuera gay/LGTB».*	¿Está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes afirmaciones? • Los HSH con el VIH podrían haber evitado contraer el virus si hubieran querido • Los HSH podrían cambiar su orientación sexual si realmente quisieran • Me avergonzaría que alguien de mi familia fuera gay/LGTB	¿Está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación? *«La gente piensa que ser gay/LGTB es algo de lo que avergonzarse y que no deberían relacionarse conmigo».*
Entorno jurídico y político	Se necesita más desarrollo.	*«Mi centro de salud tiene políticas para proteger a los pacientes HSH/LGTB de la discriminació».* *«Tendré problemas en el trabajo si no sigo las políticas para proteger a los pacientes que son HSH/LGTB».* *«Desde que trabajo en mi centro, he recibido formación sobre cómo proteger la confidencialidad del estado de VIH de los pacientes».*	¿Ha oído hablar de [añadir la ley, política o conjunto de directrices más popular a nivel nacional] que protege los derechos de los HSH o de la comunidad LGTB en este país? En caso afirmativo, ¿ha leído o analizado el contenido de esta ley/política/conjunto de directrices? En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna labor para desarrollar leyes, políticas o directrices relacionadas con los derechos de los HSH y las personas LGTB? ¿Considera que tiene influencia en las decisiones de cualquiera de los siguientes aspectos? • Asuntos legales y jurídicos que afectan a los HSH y a las personas LGTB • Políticas gubernamentales a nivel local que afectan a los HSH y a las personas LGTB • Políticas gubernamentales a nivel nacional que afectan a los HSH y a las personas LGTB

Estigma previsto	En su opinión, el temor a la reacción de la gente, ¿puede hacer que algunas personas tengan miedo a «salir del armario»?	En su opinión, ¿cómo de reticente se muestra el personal sanitario de este centro a «salir del armario» como HSH o LGTB por miedo a la reacción de los demás? En su opinión, ¿cómo de reticente se muestra el personal sanitario de este centro a trabajar con un/a compañero/a LGTB, independientemente de su rol o tareas?	¿Podría el miedo a la posible reacción de otras personas (p. ej., sus amigos, familiares, su jefe o comunidad) hacer que dudase sobre si salir del armario como persona LGTB? Sí/No En los últimos 12 meses, ¿ha tenido miedo de que le suceda alguna de las siguientes cosas? • Que hablen sobre usted • Que le insulten verbalmente, le acosen o amenacen • Que le acosen físicamente o le amenacen • Que le agredan físicamente
Estigma internalizado	N/A	N/A	En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado alguno de los siguientes sentimientos por ser LGTB? • He sentido vergüenza • Me he sentido culpable • Me he culpado a mí mismo/a • He culpado a los demás • He tenido baja autoestima • He sentido que merecía ser castigado/a • He tenido pensamientos suicidas
Estigma percibido	¿Hablan mal las personas sobre quienes son LGTB (o que se cree que lo son)? ¿Pierden su prestigio y reputación las personas que son LGTB (o que se cree que lo son)?	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha observado lo siguiente en su centro de salud? Trabajadores sanitarios que hablan mal de las personas LGTB	Consulte las preguntas paralelas en «estigma vivido»

Estigma vivido (fuera del ámbito jurídico)	¿Se opondría a tener vecinos que fueran personas LGTB?	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha vivido lo siguiente? • Algunas personas han hablado mal de mí porque soy una persona LGTB • Mis amigos o familiares me han evitado porque soy una persona LGTB • Han asumido que soy LGTB porque trato con pacientes miembros de la comunidad LGTB	En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha dado cuenta de que hablaban de usted por ser una persona LGTB? En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se le ha excluido de reuniones o actividades sociales?

Discriminación (dentro del ámbito legal)	¿Cree que los niños deberían aprender sobre temas LGTB en la escuela? En su opinión, si un profesor es LGTB, ¿debería poder dar clases en una escuela de primaria?	Nunca le haría una prueba de VIH a un paciente sin su consentimiento. Independientemente de mis opiniones o sentimientos, es mi responsabilidad profesional mantener la confidencialidad de los pacientes LGTB y seropositivos. Para evaluar el estigma clave de la población: Preferiría no atender a: • Personas que se inyectan drogas ilegales • Hombres que tienen sexo con hombres • Trabajadores sexuales • Personas trans • Mujeres que tienen sexo con mujeres • Inmigrantes Para cada una de las poblaciones enumeradas hay una pregunta complementaria: Estoy totalmente de acuerdo/ en desacuerdo por los siguientes motivos: • *'Hacen que corra más riesgo de enfermar* • *Este grupo mantiene un comportamiento inmoral* • *No he recibido formación para trabajar con este grupo* • *Me preocupa que la gente piense que formo parte de este grupo*	Si se ha hecho la prueba del VIH, ¿fue por decisión suya? • Sí, yo decidí hacerme la prueba (es decir, fue voluntario) • Decidí hacerme la prueba porque me presionaron • Me obligaron a hacerme la prueba del VIH (coerción) • Me hicieron la prueba sin mi consentimiento • Me enteré cuando ya me la habían hecho Para evaluar el estigma clave de la población: Si sufrió estigma o discriminación por otros motivos distintos a su estado de VIH, escoja una categoría que explique mejor por qué se le estigmatizó o discriminó. • Orientación sexual (hombres que tienen sexo con hombres, gay o lesbiana, trans) • Trabajador/a sexual • Consumidor/a de drogas inyectables • Refugiado/a o solicitante de asilo • Desplazados internos • Miembro de un grupo indígena • Trabajador/a inmigrante • Preso/a • Ninguna de las anteriores (otro motivo)

Resiliencia	N/A	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha observado lo siguiente en su centro de salud? • Personal sanitario haciendo frente o educando a alguien que trataba o hablaba mal a una persona LGTB	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que enfrentarse con alguien, cuestionar sus actos o advertirle porque le estaba estigmatizando o discriminando? En los últimos 12 meses, ¿ha atendido a personas LGTB? En caso afirmativo, ¿qué tipo de ayuda proporcionó? • Apoyo emocional • Apoyo físico • Derivación a otros servicios

Puede resultarle útil pensar en un servicio o entorno en el que sepa que se trabaja con HSH y plantearse cualquier cambio que se pudiera aplicar utilizando la información sobre el estigma y la competencia cultural, o la herramienta de medición del índice de estigma que se muestra aquí.

Piense en cualquier cambio bajo los encabezados de concienciación, actitud, conocimiento y competencias, y sírvase de las siguientes preguntas como ayuda:

- ¿Cómo serían esos cambios? Pensad tanto en cambios a pequeña escala como a gran escala.
- ¿A quién podríais dirigiros para aplicar esos cambios y cómo podríais obtener apoyo para los cambios sugeridos?
- ¿Cómo podéis garantizar que los servicios sean «culturalmente competentes»? (que funcionen para la gente que los usa)
- ¿Cómo podríais utilizar redes que podrían crearse o que ya existen, para apoyaros mutuamente?
- ¿De qué políticas dispone vuestra organización para crear servicios libres de prejuicios? ¿El personal las conoce? (incluido el personal de recepción, limpieza y otro personal auxiliar)
- ¿Conocen vuestros usuarios las políticas del servicio? ¿Cómo se informan de ellas? ¿Cómo sabéis que las conocen?
- Si identificáis cambios o novedades en cuestiones prácticas y normativas, ¿con quién podéis hablar sobre dichos cambios? ¿Cómo podéis lograr apoyo para esos cambios y los que podáis sugerir?
- ¿Cómo sería un servicio «perfecto»? Es necesario comprender que los servicios perfectos no existen, se trata de ver cómo de bueno puede ser un servicio.

¿Puede sugerir algún cambio en las relaciones laborales? ¿Cómo podría poner este trabajo en práctica?

Título informal del ejercicio:
Atraer a los usuarios de su servicio y hacer que se impliquen

Ámbito/grupo de estudio:
Cuestionar el estigma y la discriminación

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes explorar cómo involucrar a sus usuarios en los servicios que les ofrecen.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes considerarán aspectos del compromiso y la participación de los «pacientes» (usuarios) y cómo podrían afectar a su centro y mejorarlos.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos
- Papel y bolígrafos para los participantes

Preparación del moderador:
- El término «paciente» en «participación del paciente» e «implicación del paciente» ha sido reemplazado por «usuario del servicio» o «servicio» en este ejercicio, ya que muchas de las personas a las que atienden los trabajadores comunitarios de la salud no se consideran «nuestros» pacientes. Si trabaja con personal clínico, puede utilizar «paciente» en lugar de «usuario del servicio».
- Consulte los cinco pasos para entender cómo trabajan para involucrar a los usuarios del servicio.
- Identifique ejemplos de servicios o proyectos que hayan involucrado o en los que hayan participado usuarios del servicio a nivel local o nacional.
- Identifique ejemplos locales de proyectos o servicios que se podrían mejorar con la participación de los usuarios del servicio.

Consejos útiles para los moderadores:
- Deje que las experiencias del grupo guíen los debates; no tiene por qué saberlo todo.
- Piense en cómo utilizar los cinco pasos con un proyecto o servicio con el que esté familiarizado.
- Puede resultar útil enlazar este debate con las cuatro habilidades de la «competencia cultural» (concienciación, actitud, conocimiento y competencias) y las conversaciones de Cuando era joven, si realizó estos ejercicios con el grupo.
- Recuerde que muchos grupos comunitarios solicitan un enfoque «nada para mí sin mí» para los proyectos y servicios, es decir, para producir algo eficaz para los usuarios del servicio, es necesario consultar con ellos o involucrarlos de alguna manera.

Método: (45 minutos)

1. Presente el tema al grupo y pídale que haga una lluvia de ideas para crear todos juntos una definición de:
   - Involucrar al usuario del servicio («¿A qué nos referimos con involucrar al usuario del servicio? ¿A qué niveles de involucración con los servicios nos referimos?)
   - Participación del usuario del servicio («¿Qué entendemos por participación del usuario del servicio? ¿En qué difiere de la involucración del usuario?)

   Y también por qué es importante la involucración o la participación de los usuarios del servicio.
2. Presente al grupo las diapositivas de PowerPoint que describen los cinco pasos de la involucración del usuario del servicio:
   - Infórmame
   - Involúcrame
   - Empodérame
   - Asóciate conmigo
   - Apoya mi comunicación (electrónica)

Los cinco pasos de la involucración del «paciente» o «usuario del servicio»
- Infórmame: atraer nuevos «usuarios de servicio» con servicios de información (en línea)
- Involúcrame: conseguir que esos «usuarios» interactúen contigo
- Empodérame: retener a esos «usuarios» y colaborar con ellos
- Asóciate conmigo: crear interacciones y colaboraciones entre ambas partes
- Apoya mi comunicación (electrónica): el «usuario» define su propia comunidad (electrónica)

3. Explique que estos pasos se elaboraron para interactuar con los «usuarios» a través de servicios y entornos en línea, y los encabezados se pueden utilizar en una amplia gama de iniciativas para involucrar a los usuarios del servicio.
4. Divida el grupo en subgrupos más pequeños de 3 a 5 miembros.
5. Los subgrupos deben pensar sobre:
   - ¿Cuáles son los obstáculos que encontráis con la involucración y la participación del usuario?
   - ¿Qué podría ayudar/favorecer la involucración y la participación de los usuarios?
   - ¿Cómo se podrían utilizar los cinco pasos para planificar mejor cómo involucrar a los HSH con los que trabajáis y hacerlos partícipes?
6. Los participantes utilizarán su propia experiencia para entablar sus debates y tomar decisiones. Los grupos disponen de 30 minutos para esta tarea (10 minutos por pregunta), y deberán anotar sus pensamientos en una hoja del rotafolio. Anime a los grupos a plantearse cuál sería la forma «perfecta» de implicar e involucrar a los pacientes si no hubiera ningún tipo de obstáculo, y utilice esta información para crear sus hipótesis.

Comentarios facilitados: (15–20 minutos)

Pida a los grupos que compartan sus opiniones, animándolos a pensar y debatir cómo podrían derribar esos obstáculos y a expresar cualquier idea sobre lo que se podría hacer para favorecer la participación y el compromiso.

Una vez que todos los grupos hayan compartido sus comentarios o finalice el tiempo, concluya el ejercicio.

Información adicional:

Si está implicado en Participative Quality development in HIV (PQHIV https://www.pq-hiv.de) o Quality Action (https://www.qualityaction.eu), o ha participado, la escala podría indicar dónde se encuentra en términos de involucración y participación. Hay disponibles calificaciones sobre cómo podría mejorar la involucración y la participación de los usuarios del servicio en cada nivel del mismo.

También puede encontrar otros modelos de participación aquí:
https://www.pq-hiv.de/en/chapter/levels-participation
https://www.pq-hiv.de/en/Método/circles-influence

Título informal del ejercicio:
Comprender los modelos de producción de sindemia y cómo influyen en nuestro trabajo

Ámbito/grupo de estudio:
Cuestionar el estigma y la discriminación

Objetivo o propósito del ejercicio:
Conocer mejor los factores que favorecen una salud sexual deficiente para los hombres gais, bisexuales y otros HSH. Este ejercicio permite a los participantes desarrollar sus conocimientos en torno a los modelos de producción de sindemia y cómo diferentes factores en la vida de los hombres gais, bisexuales y otros HSH influyen en su salud sexual.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes conocerán mejor qué es un modelo de producción de sindemia y cómo puede influir en la forma en que entendemos los factores interrelacionados que pueden dar lugar a una salud sexual deficiente para hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel o tarjeta y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Identifique algunos problemas que podrían vincularse y dar lugar a una sindemia. Utilice ejemplos locales que conozca y también «generales».
- Identifique posibles intervenciones que puedan vincular los problemas, utilizando su propia experiencia y reflexión. No es necesario que se estén dando actualmente; puede ser válido lo que considere que sería una buena intervención.

Consejos útiles para los moderadores:
- Aproveche el conocimiento y la experiencia del grupo para sus debates; no tiene por qué saberlo todo.
- Se proporcionan dos métodos para llevar a cabo el ejercicio; escoja el que mejor se adapte al grupo. El primer es más rápido y práctico, mientras que el segundo está más basado en el debate.
- Lea y utilice los materiales de soporte en línea sobre la sindemia para que el concepto se entienda mejor.

Método:

1. Presente el tema al grupo y las diapositivas de PowerPoint en las que se describe lo que es un modelo de producción de sindemia, explicando el ejemplo del modelo sindémico original que se aplica al VIH/SIDA

Comprender los modelos de producción de sindemia

Una sindemia es la presencia de dos o más estados de enfermedad o problemas que interactúan negativamente entre sí, afectando el curso de cada problema o enfermedad y aumentando la vulnerabilidad a la enfermedad, y que empeoran por las desigualdades a las que se enfrentan.

Propuesta en la década de 1990, la noción de sindemia se utilizó para describir las interacciones entre el consumo de sustancias, la violencia y el sida, (SAVA, por sus siglas en inglés), que se había convertido en una verdadera crisis en Hartford, EE. UU.

En los años posteriores a la identificación de SAVA, se han descrito otras sindemias que incluyen el VIH/SIDA y la salud sexual como componentes.

Comprender los modelos de producción de sindemia

Diagrama: Modelo de sindemia básico: The Lancet

Comprender los modelos de producción de sindemia

Diagrama: Modelo de producción de sindemia: Salud de hombres gais, bisexuales y otros HSH. Adaptado de Stall, Friedman y Catania 2008.

2. Divida el grupo en subgrupos más pequeños de 3 a 5 personas.
3. Deberán trabajar juntos para identificar lo que consideran que son algunos de los factores comunes que puedan repercutir o influir en los hombres gais, bisexuales y otros HSH, por ejemplo, homofobia u homonegatividad internalizada.
4. Hay dos formas de llevar a cabo el ejercicio: una forma más corta y «práctica», y otra forma un poco más larga basada en el debate.

Método uno

1. Dígales a los grupos que disponen de 10 minutos para identificar los problemas que consideran que afectan a los hombres gais, bisexuales y otros HSH, y que los anoten en las tarjetas/hojas que les ha entregado. Pídales que discutan temas como la salud mental y los factores que pueden tener un impacto negativo en la salud mental de alguien, como la soledad o el abuso físico o mental.
2. Una vez finalizados los 10 minutos, pida a los grupos que coloquen todas las tarjetas en el suelo y sugieran cómo se pueden vincular entre 3 y 5 de las problemáticas. Fomente el debate entre los participantes mientras tanto:
   - ¿Por qué creen que esos temas están relacionados?
   - ¿Cómo influyen negativamente entre ellos?
3. Cuando los problemas de las tarjetas/hojas estén relacionados, indique al grupo que son una sindemia, y pídales que sugieran posibles intervenciones para las sindemias que han creado, como servicios para dejar las drogas y el alcohol, pruebas de ITS, servicios de tratamiento, etc.

Método dos

1. Los grupos dispondrán de 15 minutos para anotar sus ideas en las hojas de rotafolio que les proporcionará. Anímelos a indagar en algunos de los factores más importantes, como la salud mental, y los que consideran que pueden ser factores que impacten de manera negativa en la salud mental de alguien, p. ej., la ansiedad, la depresión, la soledad, el abuso físico o mental, etc. Anímelos a considerar factores sociales (p. ej., una vivienda precaria, falta de oportunidades de empleo) y factores físicos.
2. Una vez transcurrido el tiempo, pida a los grupos que vean si ahora pueden vincular entre 3 y 5 de los factores sugeridos para presentar una sindemia (utilice el modelo previamente identificado para incitar a la reflexión) y que dibujen diagramas que vinculen los factores. Para ello, dispondrán de otros 10 minutos. Pídales que debatan por qué creen que forman parte de una sindemia.
3. La etapa final de la tarea consiste en pedir a los grupos que consideren qué podrían hacer para intervenir, ya sea pensando en una nueva intervención o identificando una intervención que ya conozcan o utilicen. Para ello, dispondrán de otros 15 minutos.

Comentarios facilitados:

El moderador pide a los grupos que compartan un modelo de sindemia que hayan identificado y las posibles intervenciones.

Recomiende al grupo que eche un vistazo al módulo de aprendizaje en línea si quieren obtener más información sobre la sindemia. Concluya el ejercicio..

Información adicional:

El sello distintivo de una sindemia es la presencia de dos o más estados patológicos que interactúan de forma negativa entre sí y afectan negativamente al curso de cada enfermedad, algo que aumenta la vulnerabilidad y que se agrava por las desigualdades que se sufren.

Presentada en la década de 1990 por el antropólogo médico Merrill Singer, la noción de sindemia se utilizó para describir las interacciones entre el consumo de sustancias, la violencia y el SIDA, que se había convertido en una verdadera crisis entre las mujeres heterosexuales en Hartford, Connecticut, EE. UU. Los investigadores observaron una constelación de elementos que incidían en el riesgo, factores estructurales como la falta de vivienda y la pobreza, y aspectos sociales como el estigma y la falta de sistemas de apoyo, lo que refuerza la carga de la enfermedad.

En los años posteriores a la identificación de SAVA, se han descrito otras sindemias que incluyen el VIH/SIDA como componente, como la sindemia de inseguridad alimentaria y VIH en el África subsahariana.

Los cambios rápidos pueden precipitar o acelerar las sindemias existentes o aportar condiciones propicias para el desarrollo de nuevas sindemias. Por ejemplo, los patrones de globalización han cambiado rápida y fundamentalmente los hábitos alimentarios en los países con ingresos bajos/medios al aumentar el acceso a alimentos con alto contenido calórico y carbohidratos procesados, creciendo rápidamente la proporción de personas la diabetes tipo II.

Los cambios en las circunstancias políticas y económicas y, por consiguiente, el colapso de las medidas o infraestructuras de salud preventiva, pueden inducir otros efectos perjudiciales en poblaciones específicas.

Desde una perspectiva clínica, aplicar un enfoque sindémico es algo innovador y de gran utilidad para ampliar el enfoque más allá de por qué un paciente tiene un mal resultado (p. ej., glucosa no controlada en sangre) a otros factores que contribuyen.

Aunque los especialistas médicos y los intervencionistas de salud pública no pueden hacer mucho ante la presencia de circunstancias sociales y políticas que puedan afectar negativamente a la salud, el marco sindémico permite mitigar esos efectos, al apreciar la naturaleza compleja de ciertas enfermedades y afecciones. La sindemia sugiere que el contexto es clave para abordar la variedad de factores que la originan.

Materiales de soporte en línea

Cuestionar el estigma y la discriminación

Comprender los modelos de producción de sindemias y su influencia en nuestro trabajo

El sello distintivo de una sindemia es la presencia de dos o más estados patológicos que interactúan de forma negativa entre sí y afectan negativamente al curso de cada enfermedad, algo que aumenta la vulnerabilidad y que se agrava por las desigualdades que se sufren.

Presentada en la década de 1990 por el antropólogo médico Merrill Singer, la noción de sindemia se utilizó para describir las interacciones entre el consumo de sustancias, la violencia y el SIDA, que se había convertido en una verdadera crisis en Hartford, Connecticut, EE. UU. Los investigadores observaron una constelación de elementos que incidían en el riesgo, factores estructurales como la falta de vivienda y la pobreza, y aspectos sociales como el estigma y la falta de sistemas de apoyo, lo que refuerza la carga de la enfermedad.

En los años posteriores a la identificación de SAVA, se han descrito otras sindemias que incluyen el VIH/SIDA como componente, como la sindemia de inseguridad alimentaria y VIH en el África subsahariana.

Los cambios rápidos pueden precipitar o acelerar las sindemias existentes o aportar condiciones propicias para el desarrollo de sindemias. Por ejemplo, los patrones de globalización han cambiado rápida y fundamentalmente los hábitos alimentarios en los países con ingresos bajos/medios al aumentar el acceso a alimentos con alto contenido calórico y carbohidratos procesados, creciendo rápidamente la proporción de personas la diabetes tipo II.

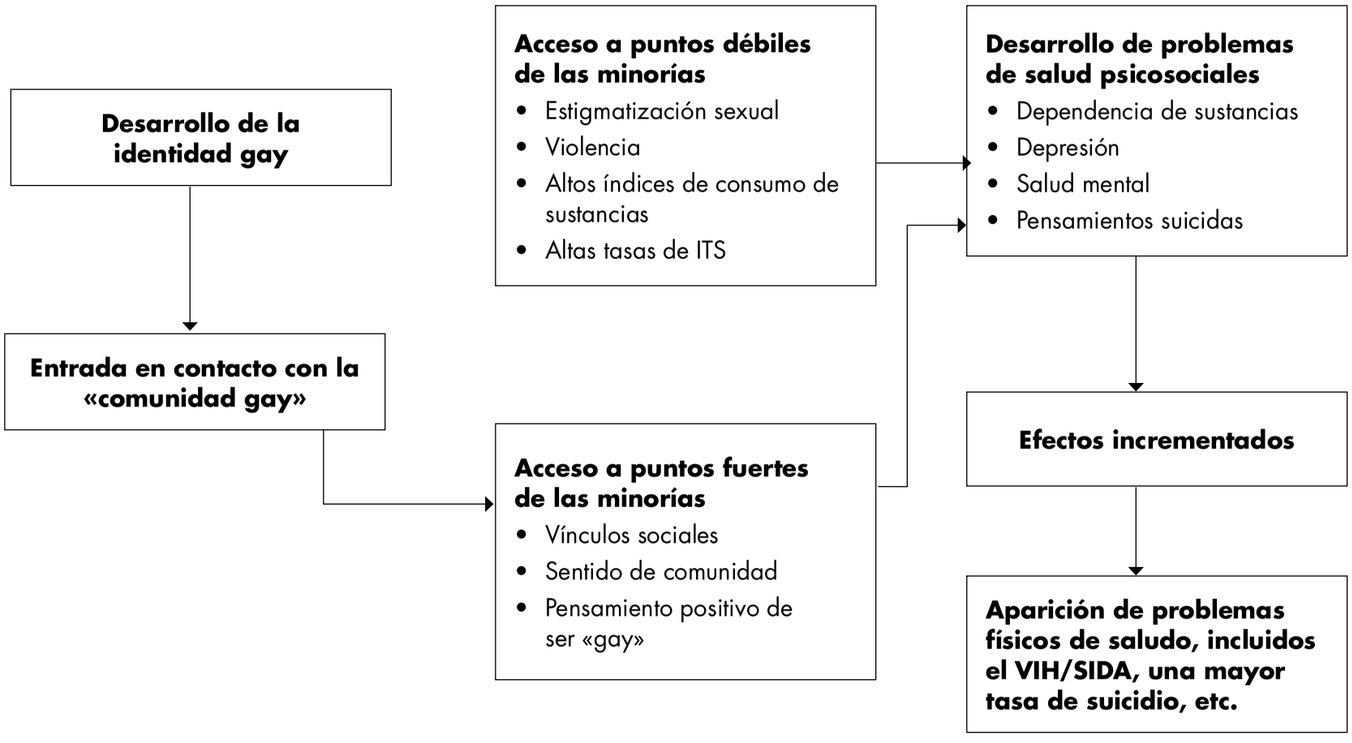
Los cambios en las circunstancias políticas y económicas y, por consiguiente, el colapso de las medidas o infraestructuras de salud preventiva, pueden inducir otros efectos perjudiciales en poblaciones específicas.

Desde una perspectiva clínica, aplicar un enfoque sindémico es algo innovador y valioso para ampliar el enfoque más allá de por qué un paciente tiene un mal resultado (p. ej., glucosa no controlada en sangre) a otros factores que contribuyen.

Aunque los especialistas médicos y los intervencionistas de salud pública no pueden hacer mucho ante la presencia de circunstancias sociales y políticas que puedan afectar negativamente a la salud, el marco sindémico permite mitigar esos efectos, al apreciar la naturaleza compleja de ciertas enfermedades y afecciones. La sindemia sugiere que el contexto es clave para abordar la variedad de factores que la originan.

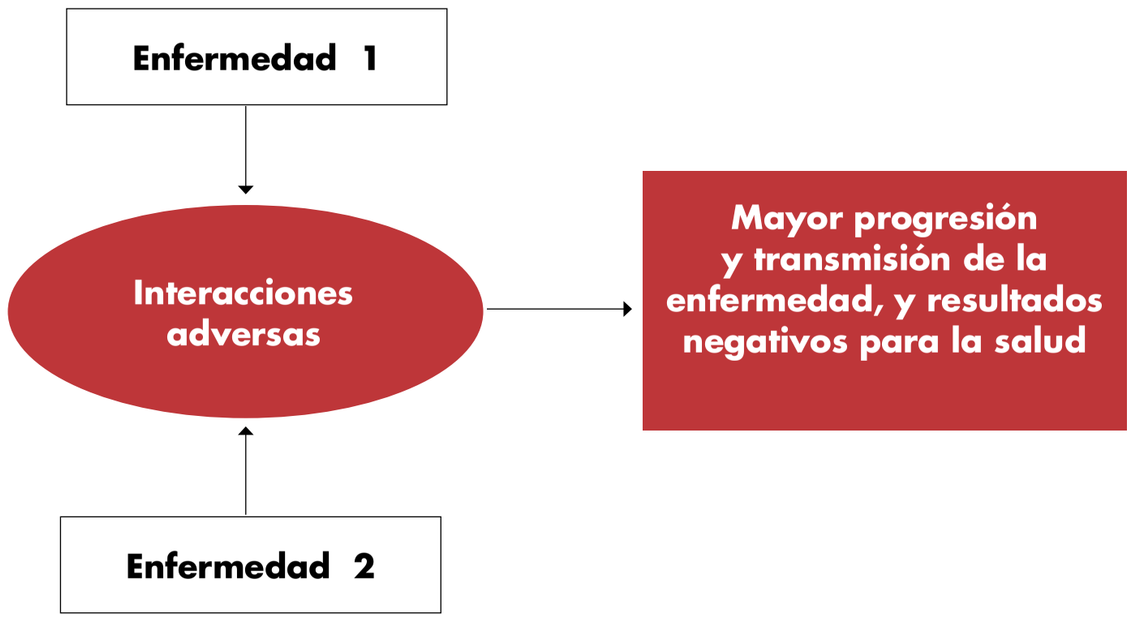
Modelo de producción de sindemia: Salud de hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Adaptado de Stall, Friedman y Catania 2008



Modelo de sindemia básico:

The Lancet



Ahora que ha leído la información sobre los modelos de producción de la sindemia y ha visto tanto el modelo simple como el modelo específico, su tarea consistirá en identificar y anotar cuáles cree que son los factores comunes que pueden afectar o influir en los HSH, por ejemplo, la homofobia u homonegatividad internalizada, y le animamos a que piense en algunos de los factores más importantes, como la salud mental, y lo que considera que pueden ser problemáticas en torno a la salud mental, por ejemplo, dismorfia corporal, etc. Consideramos que tendrá suficiente con 15 minutos.

Una vez transcurridos los 15 minutos, tómese un tiempo para ver si puede vincular los factores sugeridos para crear/presentar un modelo de sindemia (utilice el modelo previamente identificado para incitar a la reflexión) y dibuje diagramas que vinculen los factores. Para ello, dispondrá de otros 15 minutos.

La etapa final consiste en considerar qué podría hacer para intervenir, ya sea pensando en una nueva intervención o identificado una que ya conozca o utilice. Para ello, dispondrá de otros 15 minutos.

Título informal del ejercicio:
Reconocer los sistemas complejos sanitarios y cómo pueden abordarse

Ámbito/grupo de estudio:
Cuestionar el estigma y la discriminación

Objetivo o propósito del ejercicio:
Conocer mejor los factores que influyen en una salud sexual deficiente para los hombres gais, bisexuales y otros HSH y poder planificar un enfoque sistémico integral para la salud de estas poblaciones, utilizando servicios de salud, servicios públicos y comunitarios más amplios. Este ejercicio permite a los participantes informarse sobre qué es un «enfoque sistémico integral», explorar aspectos y ajustar la salud sexual de los hombres gais, bisexuales y otros HSH a un «enfoque sistémico integral» apropiado para el grupo objetivo.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes aprenderán en qué consiste un enfoque sistémico integral y cómo crear intervenciones e iniciativas que se ajusten a ese modelo.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- ✓ Lea e infórmese sobre los «silos (bloques o campos estancos de conocimiento) de enfermedades» y la «mentalidad de silo» en la sección de información adicional y en los materiales de soporte en línea.
- ✓ Identifique ejemplos locales o nacionales específicos de silos de enfermedades (bloques/sectores de conocimiento aislados, que no tienen en cuenta otros enfoques o elementos relacionados)
- ✓ Identifique (si puede) cualquier ejemplo de enfoques de trabajo conjunto o «sistema integral»
- ✓ Lea la información de EMIS 2010 sobre «Su mejor vida sexual»

Consejos útiles para los moderadores:
- Recuerde los vínculos entre este tema y el estima y discriminación laboral. Uno de los motivos por los que no se puede pensar en un enfoque sistémico integral son las formas «tradicionales» de trabajar en ese «silo». Por ejemplo, los servicios de drogas se ocupan principalmente de los consumidores de opiáceos inyectables y tienen poca experiencia acerca del consumo de otras drogas recreativas u otros problemas de los hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Método: (40 minutos)

1 Presente el tema de «enfoques sistémicos integrales» y lea la información de las diapositivas de PowerPoint sobre lo que se define como un enfoque sistémico completo: los vínculos entre servicios e iniciativas. Muestre al grupo las diapositivas en las que se explica la «mentalidad de silo o bloque» y los «silos de enfermedades».

Definición de enfoques sistémicos integrales

Los enfoques sistémicos integrales implican identificar los distintos componentes de un sistema y evaluar la naturaleza de los vínculos y relaciones entre cada uno de ellos.

Mentalidad de silo

Las enfermedades y afecciones médicas se estudian generalmente como compartimentos separados, estancos.

Esto significa que se reflexiona sobre ellas por separado y de forma lineal, en lugar de reconocer posibles coincidencias que podrían propiciar cambios. (diagram here when texts approved)

La salud no es un fenómeno independiente con límites claros: tiene factores individuales, sociales, económicos y ambientales que influyen en ella.

Silos (bloques separados y estancos de conocimiento) de enfermedades

Las enfermedades y afecciones médicas tienen múltiples causas, incluidas las sociales, económicas y ambientales. Están interrelacionadas con la predisposición genética y la capacidad de cuidar de la salud de uno mismo, y ambas evolucionan a lo largo del tiempo.

Los sistemas sanitarios no admiten una representación simple. Se requiere un marco integral para registrar múltiples enfermedades y afecciones médicas y la forma en que interactúan en un enfoque unificado. Es importante no centrarse únicamente en un «silo», es decir, un solo comportamiento.

2 Divida el grupo en subgrupos más pequeños de entre 3 y 5 miembros y pídales que creen una lista de problemas de salud sexual de los hombres que tienen sexo con hombres, y que anoten sus sugerencias en una hoja de papel del rotafolio. Disponen de 15 minutos para esta tarea.

3 Cuando haya transcurrido este tiempo, vuelva a reunir a los grupos y preséntele la información de EMIS 2010 sobre «Su mejor salud sexual» de las diapositivas de PowerPoint. Refresque la memoria al grupo sobre el trabajo en torno al estigma y la discriminación que podría afectar la capacidad de los hombres gais, bisexuales y otros HSH a la hora de tener la mejor vida sexual que hayan identificado para sí mismos, es decir, el acceso a preservativos o PrEP, el consumo de sustancias para superar el sentimiento de vergüenza, la posibilidad de encontrar pareja debido al cierre de lugares/aplicaciones en línea, etc.

4 Anime a los grupos a que tengan en cuenta otros problemas a los que se enfrentan algunos hombres gais, bisexuales y otros HSH, como el consumo problemático de drogas y alcohol, la soledad, etc.

EMIS 2010: Componentes de la «mejor vida sexual» (para HSH)

- Creación de la relación
- Conexión emocional/sexual con la pareja sexual
- Cantidad y variedad (de contacto sexual)
- Acciones/comportamientos sexuales (actos sexuales específicos)
- Ausencia de daño físico
- Atributos físicos idealizados (de la pareja o parejas)
- Superar las barreras psicológicas y sociales (para tener confianza en uno mismo y ser asertivo; disfrutar del sexo sin estrés)
- Lugares o espacios físicos
- No sé…

EMIS 2010

«El contenido de estas respuestas también puede indicar un deseo generalizado entre los HSH de encontrar una pareja estable, y las necesidades sociales y comunitarias que alimentan este deseo».

«Las relaciones serias a nivel emocional son la característica más comúnmente valorada. Por lo tanto, los programas relacionados con la mejora de la calidad de la vida sexual de los HSH deberían centrarse en los aspectos y competencias emocionales e interpersonales, junto con los temas más comúnmente abordados de seguridad y técnica».

EMIS muestra un promedio a nivel nacional de un 47 % de HSH insatisfechos con su vida sexual. Ventajas::

- Reducir la insatisfacción sexual es un objetivo que vale la pena en sí mismo.
- La prevención del VIH se afianza si no entra en competición directa con lo que buscan los HSH en su vida sexual.
- Una «buena» vida sexual se asocia positivamente con un tratamiento eficaz del VIH.

5 Pida a los subgrupos que vuelvan a reunirse y que ahora tengan en cuenta esta nueva información junto con la lista de problemas de salud que han creado y la información que han recibido sobre un enfoque sistémico integral. Refrésqueles la memoria sobre el trabajo en torno a la sindemia si ha hecho ese ejercicio con el grupo.

6 Deberán identificar áreas en las que podrían intervenir o respaldar el uso de servicios que no sean los suyos y crear un máximo de 2 iniciativas (1 o 2) que podrían incorporarse en un enfoque sistémico integral (por ejemplo, ofrecer servicios e información de apoyo sobre drogas en torno a la dependencia del ChemSex junto con servicios de salud sexual y drogas).

7 Anime a los grupos a debatir sobre estas cuestiones tanto a nivel personal como organizativo, y también a considerar el desarrollo de una iniciativa «de regreso a lo básico», como el uso y suministro de preservativos, así como otra cuestión, y a pensar en servicios no tan «habituales» para ellos, como los servicios penitenciarios. Disponen de 20 minutos para esta tarea.

Comentarios facilitados:

El moderador le pedirá a cada grupo que comparta una de sus iniciativas, explicando qué es, cómo esperan que influya en la salud y el comportamiento de los hombres gais, bisexuales y otros HSH y cómo encaja en el enfoque sistémico integral.

Información adicional:

«Los enfoques sistémicos integrales implican identificar los distintos componentes de un sistema y evaluar la naturaleza de los vínculos y relaciones entre cada uno de ellos.

Los enfoques sistémicos integrales son una forma útil de considerar la participación porque:

- Las organizaciones deben cambiar a todos los niveles si desean lograr una participación significativa, desde el personal directivo superior hasta el personal de primera línea.
- La participación debe convertirse en parte de la práctica diaria, no en una actividad aislada.
- La participación actúa a diferentes niveles. Hay muchas formas de involucrar a los usuarios del servicio en diferentes tipos de decisiones. (Kirby et al., 2003b, p. 144-145)

Wright et al. (2006) sugieren que los diferentes elementos de participación se pueden unir en una sola estructura, como un rompecabezas. Este es un ejemplo de un enfoque sistémico integral utilizado para ilustrar el concepto. En la sesión PRÁCTICA «niños y jóvenes» se puede reemplazar por «personas», o «usuarios/usuarias del servicio»: cualquier persona que pueda participar.»

Enfoques sistémicos integrales y salud

De: Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy
Babak Pourbohloul and Marie-Paule Kieny

«Por lo general, las enfermedades y afecciones médicas se estudian en distintos silos o bloques de conocimiento separados y estancos. Las políticas para reducir la morbilidad y la mortalidad se desarrollan en cada «silo de enfermedades» . En muchas partes del mundo, todavía no existe una evaluación sistemática del control de enfermedades o programas de atención médica, lo que dificulta los esfuerzos para asignar de manera eficiente los ya de por sí escasos recursos. La salud no es un fenómeno independiente con límites claros.

Las enfermedades y afecciones médicas tienen múltiples causas, sociales incluidas. Están interrelacionadas con la naturaleza y el cuidado, y evolucionan con el tiempo. Los sistemas sanitarios no admiten una representación simple. Exigen nuevas formas de pensar para mejorar nuestra capacidad de predecir y controlar resultados médicos individuales y basados en la población. Se requiere un marco integral para registrar enfermedades y afecciones médicas dispares y sus relaciones complejas en una plataforma unificada. Dichos marcos se desarrollan utilizando análisis de redes complejos.

Los sistemas complejos se componen de redes de componentes interconectados que se influyen entre sí, a menudo de manera no lineal. Si nos referimos a un ecosistema o a un sistema de salud, debemos reconocer la interacción dentro de los sistemas y entre los propios sistemas.

Un sistema de salud está integrado por todas las organizaciones, personas y actividades cuya intención principal consiste en promover, restablecer o mantener la salud. La prestación de servicios de salud óptimos depende fundamentalmente de la incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas o crónicas, de los determinantes sociales y de los recursos disponibles. Como tales, ya sean globales o locales, los sistemas sanitarios son redes complejas que se extienden a todas las dimensiones de la salud humana.

A nivel social, la interacción es la base para la propagación de patógenos, desde la gripe hasta el VIH/SIDA, o comportamientos individuales, desde la obesidad hasta el consumo de drogas ilegales.

A nivel institucional, la interacción compleja entre las organizaciones nacionales e internacionales es la base para diseñar e implementar decisiones políticas sobre gobernabilidad, asignación de personal, servicios y tecnologías, compartir información y distribuir recursos.

A nivel molecular, varias enfermedades tienen un origen genético o funcional común. Por lo tanto, se requiere un enfoque cooperativo y conjunto para diseñar intervenciones sanitarias.»

[1]Silos y silos de enfermedades: pensar de manera particular y lineal, en lugar de tener en cuenta las múltiples visiones, los enfoques de las instituciones o los problemas o efectos de las enfermedades.

Materiales de soporte en línea

Cuestionar el estigma y la discriminación

Reconocer los sistemas complejos sanitarios y cómo pueden abordarse (Enfoques sistémicos integrales)

Babak Pourbohloul and Marie-Paule Kieny

Los enfoques sistémicos integrales implican identificar los distintos componentes de un sistema y evaluar la naturaleza de los vínculos y relaciones entre cada uno de ellos.

«Por lo general, las enfermedades y afecciones médicas se estudian en distintos silos o bloques de conocimiento separados y estancos. Las políticas para reducir la morbilidad y la mortalidad se desarrollan en cada «silo de enfermedades»[1]. En muchas partes del mundo, todavía no existe una evaluación sistemática del control de enfermedades o programas de atención sanitaria, lo que dificulta los esfuerzos para asignar de manera eficiente los ya de por sí escasos recursos. La salud no es un fenómeno independiente con límites claros.

Las enfermedades y afecciones médicas tienen múltiples causas, sociales incluidas. Están interrelacionadas con la naturaleza y el cuidado, y evolucionan con el tiempo. Los sistemas sanitarios no admiten una representación simple. Exigen nuevas formas de pensar para mejorar nuestra capacidad de predecir y controlar resultados médicos individuales y basados en la población. Se requiere un marco integral para registrar enfermedades y afecciones médicas dispares y sus relaciones complejas en una plataforma unificada. Dichos marcos se desarrollan utilizando análisis de redes complejos.

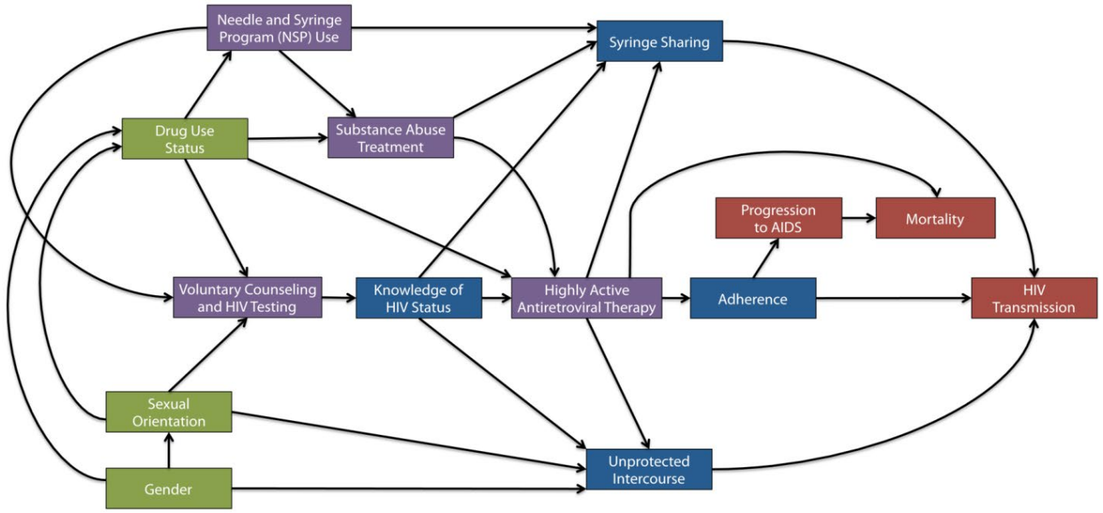
Los sistemas complejos se componen de redes de componentes interconectados que se influyen entre sí, a menudo de manera no lineal. Si nos referimos a un ecosistema o a un sistema de salud, debemos reconocer la interacción dentro de los sistemas y entre los propios sistemas.

Un sistema de salud está integrado por todas las organizaciones, personas y actividades cuya intención principal consiste en promover, restablecer o mantener la salud. La prestación de servicios de salud óptimos depende fundamentalmente de la incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas o crónicas, de los determinantes sociales y de los recursos disponibles. Como tales, ya sean globales o locales, los sistemas sanitarios son redes complejas que se extienden a todas las dimensiones de la salud humana.

A nivel social, la interacción es la base para la propagación de patógenos, desde la gripe hasta el VIH/SIDA, o comportamientos individuales, desde la obesidad hasta el consumo de drogas ilegales.»

[1]Silos y silos de enfermedades: pensar de manera particular y lineal, en lugar de tener en cuenta múltiples visiones, los enfoques de las instituciones o los problemas o efectos de las enfermedades.

Modelo de un enfoque sistemático integral para el VIH



Needle and Syringe Program (NPS) Use	Participación en un Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)
Drug Use Status	Situación del consumo de drogas
Voluntary Counseling and HIV Testing	Counseling voluntario y pruebas del VIH
Sexual Orientation	Orientación sexual
Gender	Género
Substance Abuse Treatment	Tratamiento por drogodependencia
Knowledge of HIV Status	Conocimiento del estado serológico
Syringe Sharing	Uso compartido de jeringuillas
Highly Active Antiretroviral Therapy	Terapia Antirretroviral Altamente Activa
Unprotected Intercourse	Relaciones sexuales sin protección
Progression of AIDS	Progresión a SIDA
Adherence	Adherencia al tratamiento
Mortality	Mortalidad
HIV Transmission	Transmisión del VIH

Su tarea, ahora que ha leído esta información, es elaborar una lista de problemas de salud sexual de los hombres que tienen sexo con hombres, anotando sus sugerencias en una hoja de papel. Disponen de 15 minutos para esta tarea.

Ahora que lo ha hecho, lea la siguiente información sobre lo que los HSH consideran que necesitan para tener una «mejor vida sexual», extraído de EMIS 2010.

EMIS 2010: Componentes de la «mejor vida sexual» (para HSH)

- Establecimiento de una relación
- Conexión emocional/sexual con la pareja sexual
- Cantidad y variedad (de contacto sexual)
- Acciones/comportamientos sexuales (actos sexuales específicos)
- Ausencia de daño físico
- Atributos físicos idealizados (de la pareja o parejas)
- Superar las barreras psicológicas y sociales (para tener confianza en uno mismo y ser asertivo; disfrutar del sexo sin estrés)
- Lugares o espacios físicos
- No sé…

«El contenido de estas respuestas también puede indicar un deseo generalizado entre los HSH de encontrar una pareja estable, y las necesidades sociales y comunitarias que alimentan este deseo».

«Las relaciones serias a nivel emocional son la característica más comúnmente valorada. Por lo tanto, los programas relacionados con la mejora de la calidad de la vida sexual de los HSH deberían centrarse en los aspectos y competencias emocionales e interpersonales, junto con los temas más comúnmente abordados de seguridad y técnica».

EMIS muestra un promedio a nivel nacional de un 47 % de HSH insatisfechos con su vida sexual.

Ventajas…

- Reducir la insatisfacción sexual es un objetivo que vale la pena en sí mismo.
- La prevención del VIH se afianza si no entra en competición directa con lo que buscan los HSH en su vida sexual.
- Una «buena» vida sexual se asocia positivamente con un tratamiento eficaz del VIH.

Ahora que ha leído esta información de EMIS 2010, analícela junto con las notas que ya ha tomado sobre cuestiones de salud sexual de los HSH y la información que ha leído sobre los enfoques sistémicos integrales.

Deberá identificar áreas en las que podrían intervenir o respaldar el uso de servicios que no sean los suyos y crear un máximo de 2 iniciativas (1 o 2) que podrían incorporarse en un enfoque sistémico integral (p. ej., ofrecer servicios e información de apoyo sobre drogas en torno al ChemSex en servicios clínicos de urología).

Le recomendamos que piense en estas cuestiones tanto a nivel personal como organizativo. También le puede resultar útil considerar el desarrollo de una iniciativa «de regreso a lo básico», como el uso y suministro de preservativos, así como otras cuestiones, y a pensar en servicios no tan «habituales» para usted, como los servicios penitenciarios.

2.1.4 Trabajar en alianza o cooperación con otros (partnership)

Título informal del ejercicio:
Identificar y crear buenas prácticas para trabajar en partnership o colaboración, entre servicios comunitarios y servicios públicos de salud

Ámbito/grupo de estudio:
Trabajar en colaboración con otros agentes

Objetivo o propósito del ejercicio:
Comprender y desarrollar el conocimiento de los participantes sobre las colaboraciones entre los servicios públicos y comunitarios que trabajan con hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes identificarán algunos de los motivos para cooperar o asociarse y los enfoques, etapas y prácticas necesarios para crear colaboraciones de éxito.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Hoja de elementos para una colaboración efectiva, una para cada participante
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos
- Papel y bolígrafos para los participantes

Preparación del moderador:
- Identifique cualquier colaboración o alianza local entre servicios de salud públicos y comunitarios para usarla como ejemplo, de ser necesario.
- Lea la sección de las ventajas y riesgos de las colaboraciones o partnerships en la sección de información adicional a continuación y en el módulo de aprendizaje en línea para motivar los debates de los participantes.

Consejos útiles para los moderadores:
- Anime al grupo a utilizar sus conocimientos y experiencia en torno al trabajo en partnership o colaboración para guiar sus debates.
- Antes de comenzar el ejercicio, prepare una hoja del rotafolio con las seis preguntas sobre el trabajo colaborativo.
- En «Información adicional», lea la sección sobre la escalera de la participación de Arnstein para comprender mejor la relación entre colaboraciones y las desigualdades de poder. Abra el siguiente enlace para consultar un PDF de alta resolución sobre la «escalera»: http://www.citizenshandbook.org/arnsteins_ladder.pdf.

Método: (40 minutos)

1. Presente el tema al grupo y pídale que encuentre posibles respuestas a la siguiente pregunta:
   - «¿Cuándo y por qué querríais crear una colaboración entre los servicios de salud públicos y los servicios comunitarios?»
2. El moderador recogerá las ideas en el rotafolio.
3. El moderador compartirá la información de las diapositivas de PowerPoint sobre formas de colaboración o partnership, los enfoques sugeridos y los requisitos para crear una alianza de colaboración con éxito.

Elementos de una colaboración o partnership efectiva

- *Liderazgo y visión:* la gestión y el desarrollo de una perspectiva compartida y realista para el trabajo en colaboración a través de la creación de objetivos comunes.
- *Organización e involucración:* la participación de todos los actores locales clave y, en particular, la involucración de las comunidades como socios iguales.
- *Desarrollo y coordinación de la estrategia:* el desarrollo de una estrategia clara y centrada en la comunidad que abarque toda la gama de temas respaldados por políticas, planes, objetivos, metas, mecanismos y procesos de entrega pertinentes. El desarrollo de las prioridades locales para la acción dependerá de la evaluación de las necesidades locales, el intercambio de datos y el diálogo continuo entre los socios.

Elementos de una colaboración o partnership efectiva

- *Aprendizaje y desarrollo:* las colaboraciones eficaces no solo invertirán en objetivos compartidos y resultados conjuntos, sino que también aportarán valor a través de comisiones de servicio. La voluntad de escuchar y aprender unos de otros genera confianza.
- *Recursos:* la contribución y el uso compartido de información y de recursos financieros, humanos y técnicos.
- *Evaluación y revisión:* evaluar la calidad del proceso de cooperación y cuantificar el progreso hacia el logro de los objetivos.

4. Divida el grupo en subgrupos más pequeños de entre 5 o 6 miembros. Si lo considera apropiado, puede sugerir que las personas que trabajan para la misma organización o para el mismo tipo de organización cooperen en esta tarea.
5. Pida a los subgrupos que debatan sobre:
   - Identificar una idea para una intervención que consideren adecuada para un trabajo en partnership entre un servicio público y una organización de salud comunitaria. ¿Qué ventajas tiene trabajar desde ese marco de colaboración entre socios para vuestra idea de intervención?
   - ¿Cómo se podría desarrollar la «visión compartida» para la intervención?
   - ¿Por qué etapas principales debería pasar la intervención para garantizar su resultado?
   - ¿Cómo podríais lidiar con cualquier conflicto de interés que pueda haber entre el público al que va dirigido la intervención y la organización de salud comunitaria o legal involucrada en el proyecto?
   - ¿Cómo se puede hacer que la comunidad a la que va dirigida la intervención sea un «actor clave» en esta colaboración?
   - ¿Qué «riesgos» consideráis que pueden darse en las partnership entre servicios de salud públicos y servicios comunitarios? ¿Cómo podríais reducir estos riesgos?
6. Pídales a los grupos que tomen notas de sus debates en torno a estas seis preguntas, prestando especial atención a las ventajas y los riegos tanto para las organizaciones involucradas como para la comunidad a la que va dirigida el trabajo. Disponen de 20 minutos para debatir.

Comentarios facilitados: (20 minutos)

- Pídales a los grupos uno por uno que compartan sus opiniones sobre sus enfoques y los problemas involucrados a la hora de crear sus partnerships.
- Destaque cualquier diferencia en los enfoques adoptados y pregunte a los grupos por qué pueden resultar necesarias estas diferencias y quién tendría más «poder» en las colaboraciones propuestas, por ejemplo.
- Pregunte al grupo si quieren comentar algo más sobre el trabajo en partnership una vez que hayan escuchado los comentarios de todos los subgrupos. Una vez que todos los subgrupos hayan compartido su opinión, concluya el ejercicio.

Información adicional:

Partnerships o colaboraciones eficaces:

«Hay alianzas y colaboraciones de todas las formas, tamaños y estructuras. No existe un modelo único para que una partnership tenga éxito. Cada tipo de colaboración será eficaz en diferentes condiciones, en función de las necesidades y circunstancias locales, pero hay factores que comparten todas las partnerships de éxito.

Un análisis sobre el trabajo en cooperación de éxito (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998) muestra que estos factores se centran en los siguientes elementos:

- *Liderazgo y visión:* la gestión y el desarrollo de una perspectiva compartida y realista para el trabajo en partnership a través de la creación de objetivos comunes. Un liderazgo efectivo se demuestra al comunicarse con los demás, motivarles e influir en ellos, para que la responsabilidad de la toma de decisiones sea compartida.
- *Organización e involucración:* la participación de todos los actores locales clave y, en particular, la involucración de las comunidades como socios iguales. No todo el mundo puede contribuir de la misma forma. La mayoría de las organizaciones de voluntariado son pequeñas y locales, con poco personal. Es posible que necesiten recursos y tiempo para que se puedan involucrar por completo.
- *Desarrollo y coordinación de la estrategia:* el desarrollo de una estrategia clara y centrada en la comunidad que abarque toda la gama de temas respaldados por políticas, planes, objetivos, metas, mecanismos y procesos de entrega pertinentes. El desarrollo de las prioridades locales para la acción dependerá de la evaluación de las necesidades locales, el intercambio de datos y el diálogo continuo entre los socios.
- *Aprendizaje y desarrollo:* las partnerships eficaces no solo invertirán en objetivos compartidos y esultados conjuntos, sino que también aportarán valor a través de comisiones de servicio y otras oportunidades para compartir su aprendizaje y contribuir al desarrollo profesional y organizativo en las organizaciones o instituciones asociadas. La voluntad de escuchar y aprender unos de otros genera confianza.
- *Recursos:* la contribución y uso compartido de información y de recursos financieros, humanos y técnicos. Las nuevas formas para obtener los presupuestos y ofrecer servicios integrados, por ejemplo, entre la atención primaria y los servicios sociales, pueden eliminar algunas de las barreras tradicionales asociadas al trabajo conjunto. La cooperación puede comenzar por proporcionar recursos altamente demandados, como formación en TI.
- *Evaluación y revisión:* evaluar la calidad del proceso de partnership y cuantificar el progreso hacia el logro de los objetivos. Las colaboraciones deben demostrar que marcan la diferencia y que las alianzas son más que simples negocios. También deben poder demostrar que mejoran realmente los servicios.

Es fácil subestimar los desafíos de trabajar en partnership. Las colaboraciones deben demostrar su legitimidad a los ojos de la población local y permitir que los voluntarios, la comunidad y los usuarios participen plenamente. También deben involucrar a los mandos intermedios y al personal de primera línea de los organismos oficiales.

Las partnership también deben diseñar acuerdos efectivos entre organizaciones que puedan hacer frente a múltiples líneas de responsabilidad para realizar un verdadero trabajo colaborativo. Además, necesitan generar objetivos significativos pero realistas para el cambio, y para demostrar logros y mejoras.»

Taken from 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press.

La escalera de la participación de Arnstein:

Sherry R. Arnstein: «A ladder of Citizen Participation». Journal of the American Planning Association, Vol. 35, Núm. 4, julio de 1969, páginas 216-224.

«La escalera es una guía para ver quién tiene poder a la hora de tomar decisiones importantes. Se ha mantenido vigente durante tanto tiempo porque las personas siguen haciendo frente a procesos que se niegan a considerar nada más allá de los escalones inferiores. La escalera se lee de abajo arriba, comenzando con el número 1 y subiendo de peldaño hasta el número 8 (consulte el PDF). David Wilcox describe así los 8 peldaños de la escalera: www.partnerships.org.uk/part/arn.htm

1 **Manipulación y** 2 **Terapia**. Ambos son no participativos. El objetivo es curar o educar a los participantes. El plan propuesto es el mejor y el trabajo de participación es lograr el apoyo público a través de las relaciones públicas.

3 **Información**. Un primer paso muy importante para legitimar la participación. Pero, con demasiada frecuencia, el énfasis está en un flujo de información unidireccional, sin canal para la respuesta.

4 **Consulta**. De nuevo un paso legítimo. Incluye intervenciones como encuestas de actitud, reuniones vecinales y consultas públicas. Pero Arnstein todavía considera que esto no es más que una operación de maquillaje.

5 **Apaciguamiento**.FPor ejemplo, la cooptación de «meritorios» elegidos a mano en los comités. Permite a los ciudadanos asesorar o planificar ad infinitum, pero reserva el derecho a «los que tienen el poder» de juzgar la legitimidad o viabilidad del asesoramiento.

6 **Asociación**. El poder se redistribuye realmente a través de la negociación entre los ciudadanos y los que tienen el poder. Las responsabilidades de planificación y toma de decisiones se comparten, por ejemplo, a través de comités conjuntos.

7 **Delegación**. Los ciudadanos que ocupan una clara mayoría de los escaños en comités con poderes delegados para tomar decisiones. El público ahora tiene el poder de garantizar la responsabilidad del programa ante sí.

8 **Control ciudadano.** Los «poco pudientes» se encargan de todo el trabajo de planificación, la formulación de políticas y la gestión de un programa, por ejemplo, una corporación vecinal sin intermediarios entre la fuente de financiación.»

Materiales de soporte en línea

Trabajar en partnership

Identificar y crear buenas prácticas para trabajar en partnership entre servicios de salud comunitarios y públicos

Taken from 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partnerships eficaces

«Hay alianzas y colaboraciones de todas las formas, tamaños y estructuras. No existe un modelo único para que una partnership tenga éxito. Cada tipo de alianza será eficaz en diferentes condiciones, en función de las necesidades y circunstancias locales, pero hay factores que comparten todas las partnership de éxito.

Un análisis sobre el trabajo en partnership de éxito (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998) muestra que estos factores se centran en los siguientes elementos:

- *Liderazgo y visión:* la gestión y el desarrollo de una perspectiva compartida y realista para el trabajo en partnership a través de la creación de objetivos comunes. Un liderazgo efectivo se demuestra al comunicarse con los demás, motivarles e influir en ellos, para que la responsabilidad de la toma de decisiones sea compartida.
- *Organización e involucración:* la participación de todos los actores locales clave y, en particular, la involucración de las comunidades como socios iguales. No todo el mundo puede contribuir de la misma forma. La mayoría de las organizaciones de voluntariado son pequeñas y locales, con poco personal. Es posible que necesiten recursos y tiempo para que se puedan involucrar por completo.
- *Desarrollo y coordinación de la estrategia:* el desarrollo de una estrategia clara y centrada en la comunidad que abarque toda la gama de temas respaldados por políticas, planes, objetivos, metas, mecanismos y procesos de entrega pertinentes. El desarrollo de las prioridades locales para la acción dependerá de la evaluación de las necesidades locales, el intercambio de datos y el diálogo continuo entre los socios.
- *Aprendizaje y desarrollo:* las partnerships eficaces no solo invertirán en objetivos compartidos y resultados conjuntos, sino que también aportarán valor a través de comisiones de servicio y otras oportunidades para compartir su aprendizaje y contribuir al desarrollo profesional y organizativo en las organizaciones o instituciones asociadas. La voluntad de escuchar y aprender unos de otros genera confianza.
- *Recursos:* la contribución y uso compartido de información y de recursos financieros, humanos y técnicos. Las nuevas formas para obtener los presupuestos y ofrecer servicios integrados, por ejemplo, entre la atención primaria y los servicios sociales, pueden eliminar algunas de las barreras tradicionales asociadas al trabajo conjunto. La cooperación puede comenzar por proporcionar recursos altamente demandados, como formación en TI.
- E*valuación y revisión:* evaluar la calidad del proceso de partnership y cuantificar el progreso hacia el logro de los objetivos. Las colaboraciones deben demostrar que marcan la diferencia y que las alianzas son más que simples negocios. También deben poder demostrar que mejoran realmente los servicios.

Otra forma de abordar esos elementos es:

Liderazgo

El liderazgo efectivo implica atención a:

- Desarrollar y comunicar una *visión* compartida
- Personificar y promover la propiedad y el *compromiso* con la partnership y sus objetivos
- Estar alerta a los factores y las *relaciones* en el entorno externo que pueden afectar la partnership

Organización

Se necesitan sistemas claros y efectivos para:

- *Participación* pública en procesos de colaboración y toma de decisiones
- *Flexibilidad* en los acuerdos laborales
- *Gestión* transparente y efectiva de la partnership
- *Comunicación* en formas y en momentos en los que se pueda entender, interpretar y actuar fácilmente

Estrategia

La partnership debe implementar su misión y visión a través de una estrategia clara informada por las comunidades locales y otras partes interesadas que se centra en:

- *Desarrollo estratégico* para acordar prioridades y definir objetivos de resultados
- Compartir *información y evaluar* el progreso y los logros
- Un proceso continuo de *acción y revisión*

Aprendizaje

Las organizaciones participantes deben captar, gestionar y desarrollar personas para divulgar su pleno conocimiento y potencial por medio de:

- *Valorar* a las personas como recurso principal
- El desarrollo y la aplicación de *conocimientos y competencias*
- Apoyar la *innovación*

Recursos

La contribución y el uso compartido de los recursos, incluidos:

- Crear y fortalecer el *capital social**
- Administrar y agrupar los *recursos financieros*
- Hacer que la *información* funcione
- Usar la *tecnología* de la información y la comunicación adecuadamente

Programas

Los socios buscan desarrollar programas coordinados y servicios integrados que encajen bien. Esto requiere prestar atención a:

- Obtener valor añadido de la *planificación* conjunta
- *Resultados* orientados
- *Supervisión* y revisión habituales

Es fácil subestimar los desafíos de trabajar en partnership. Estas colaboraciones deben demostrar su legitimidad a los ojos de la población local y permitir que los voluntarios, la comunidad y los usuarios participen plenamente. También deben involucrar a los mandos intermedios y al personal de primera línea de los organismos oficiales.

Las partnerships también deben diseñar acuerdos efectivos entre organizaciones que puedan hacer frente a múltiples líneas de responsabilidad para realizar un verdadero trabajo colaborativo. Además, necesitan generar objetivos significativos pero realistas para el cambio, y para demostrar logros y mejoras».

¿Qué es el *capital social?

«En los últimos diez años, la noción de que los factores sociales, psicológicos, económicos y contextuales repercuten significativamente en la salud de las personas y las comunidades ha ganado popularidad a medida que el acervo de evidencia ha ido creciendo. Al mismo tiempo, los modelos individuales de comportamientos y resultados de salud han disminuido en popularidad y uso en la salud pública y la promoción de la salud. En este contexto, el concepto de capital social ha emergido como un potencial para estructurar más la relación entre la salud y sus factores determinantes más amplios.

El capital social se puede describir de forma amplia como los recursos de una comunidad que crean una organización social. Estos recursos, que surgen de actividades como el compromiso cívico, el apoyo social o la participación, benefician a las personas, pero se desarrollan en la relación con los demás, por ejemplo, en grupos o comunidades. Los constructos clave del concepto, que a menudo se utilizan como indicadores, incluyen relaciones sociales, afiliación grupal, normas compartidas, confianza, redes sociales formales e informales, reciprocidady compromiso cívico.

Campbell et al. (1999) dan los siguientes ejemplos de características de las comunidades donde abunda el capital social:

- Las personas sienten la obligación de ayudar a los demás y a los que están en situación de necesidad, representados a través de amplias redes personales de apoyo que vinculan a personas individuales, hogares y grupos de pares.
- Existe la voluntad y la capacidad de utilizar los recursos de la comunidad, especialmente aquellos proporcionados por el estado, evidenciadas, por ejemplo, en el uso de sistemas de servicios sanitarios institucionalizados.
- Las personas muestran más confianza y menos temor al interactuar con otras en la comunidad, lo que se manifiesta, por ejemplo, en actitudes positivas hacia las interacciones personales, el uso de las instalaciones de la comunidad o el sentido de «pertenencia» a la misma.

La relación entre el capital social y la salud (interseccionalidades/sindemias)

Pero ¿cuál es la relación entre el capital social y la salud? En general, las poblaciones con un elevado índice de carencias materiales y pobreza tienen peor salud. Por ejemplo, Kawachi (1996) descubrió en estudios prospectivos de hombres profesionales en los Estados Unidos que aquellos con menos redes sociales eran mucho más vulnerables a morir de enfermedades cardiovasculares. Cooper et al. (1999) descubrieron que las mujeres que vivían en barrios del Reino Unido con un alto contenido de capital social, tenían menos probabilidades de fumar, una vez controlados los factores socioeconómicos y la deprivación material.

Campbell et al. sugieren que algunos elementos del concepto original de capital social de Putnam (especialmente la confianza y el compromiso cívico) podrían mejorar la salud más que otros. El estudio reveló que las comunidades y las redes eran más complejas y estratificadas que las definidas por límites geográficos, como calles o barrios, y se hallaron grandes diferencias entre las comunidades en la forma en que se crearon y mantuvieron los elementos del capital social y el acceso a ellos. También se apreciaron diferencias claras en los tipos de redes comunitarias que hombres y mujeres crearon y aprovecharon en su vida diaria y en el tipo de apoyo que dieron y recibieron en estas redes. Los constructos individuales de salud y relaciones con la comunidad parecían variar según el género, el origen étnico y la fase de la vida. Estos hallazgos concuerdan con un trabajo más amplio sobre las desigualdades en materia de salud, donde se pueden observar patrones claros de resultados y comportamientos de salud por género, origen étnico y edad.

Campbell et al. (1999) sugieren que los altos niveles de capital social pueden actuar como un amortiguador en las comunidades desfavorecidas, protegiendo a las personas de algunos de los peores efectos de la deprivación. Otros han establecido un enlace entre la deprivación y la salud a través de los constructos psicológicos de autoeficacia y estrés, teniendo las personas en los puestos más bajos de la escala socioeconómica un menor control sobre su vida y entorno laboral, más estrés y, en consecuencia, una peor salud.»

La escalera de la participación de Arnstein:

Sherry R. Arnstein: «A ladder of Citizen Participation». Journal of the American Planning Association, Vol. 35, Núm. 4, julio de 1969, páginas 216-224.

«La escalera sirve de guía para ver quién tiene poder a la hora de tomar decisiones importantes y comprender mejor la relación entre las partes. Se ha mantenido vigente durante tanto tiempo porque las personas siguen haciendo frente a procesos que se niegan a considerar nada más allá de los escalones inferiores. La escalera se lee de abajo arriba y se sube de peldaño en peldaño (consulte el PDF). David Wilcox describe así los 8 peldaños de la escalera: www.partnerships.org.uk/part/arn.htm

1 **Manipulación y** 2 **Terapia**. Ambos son no participativos. El objetivo es curar o educar a los participantes. El plan propuesto es el mejor y el trabajo de participación es lograr el apoyo público a través de las relaciones públicas.

3 **Información**. Un primer paso muy importante para legitimar la participación. Pero, con demasiada frecuencia, el énfasis está en un flujo de información unidireccional, sin canal para la respuesta.

4 **Consulta**. De nuevo un paso legítimo. Incluye intervenciones como encuestas de actitud, reuniones vecinales y consultas públicas. Pero Arnstein todavía considera que esto no es más que una operación de maquillaje.

5 **Apaciguamiento**. Por ejemplo, la cooptación de «meritorios» elegidos a mano en los comités. Permite a los ciudadanos asesorar o planificar ad infinitum, pero reserva el derecho a «los que tienen el poder» de juzgar la legitimidad o viabilidad del asesoramiento.

6 **Asociación**. El poder se redistribuye realmente a través de la negociación entre los ciudadanos y los que tienen el poder. Las responsabilidades de planificación y toma de decisiones se comparten, por ejemplo, a través de comités conjuntos.

7 **Delegación**. Los ciudadanos que ocupan una clara mayoría de los escaños en comités con poderes delegados para tomar decisiones. El público ahora tiene el poder de garantizar la responsabilidad del programa ante sí.

8 **Control ciudadano**. Los «poco pudientes» se encargan de todo el trabajo de planificación, la formulación de políticas y la gestión de un programa, por ejemplo, una corporación vecinal sin intermediarios entre la fuente de financiación.»

Abra el siguiente enlace para consultar una ilustración de alta resolución en PDF de la «escalera»: http://www.citizenshandbook.org/arnsteins_ladder.pdf

Su tarea ahora consiste en identificar una partnership de la que su organización forme parte o una colaboración que conozca entre una organización de salud comunitaria y una pública.

Al analizar esta partnership o colaboración, identifique cómo cree que se han establecido cada uno de los elementos descritos anteriormente, y qué considera que falta. Identifique un par de estos ejemplos para cada elemento que tenga en cuenta. Se recomienda no dedicar más de 30 minutos a la tarea, ya que la lista podría ser extensa.

Piense en cómo podría abordar una partnership ahora que conoce estos elementos y sabe cómo funcionan juntos. ¿Cómo podría establecer su planteamiento para garantizar que se cree la mejor colaboración posible, tanto para los socios como para la comunidad con la que trabajan?

Hoja de trabajo para los participantes:

Trabajar en partnership

Taken from 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partnerships eficaces

«Hay alianzas y colaboraciones de todas las formas, tamaños y estructuras. No existe un modelo único para que una partnership tenga éxito. Cada tipo de alianza será eficaz en diferentes condiciones, en función de las necesidades y circunstancias locales, pero hay factores que comparten todas las partnership de éxito.

Un análisis sobre el trabajo en partnership de éxito (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998) muestra que estos factores se centran en los siguientes elementos:

- *Liderazgo y visión:* la gestión y el desarrollo de una perspectiva compartida y realista para el trabajo en partnership a través de la creación de objetivos comunes. Un liderazgo efectivo se demuestra al comunicarse con los demás, motivarles e influir en ellos, para que la responsabilidad de la toma de decisiones sea compartida.
- *Organización e involucración:* la participación de todos los actores locales clave y, en particular, la involucración de las comunidades como socios iguales. No todo el mundo puede contribuir de la misma forma. La mayoría de las organizaciones de voluntariado son pequeñas y locales, con poco personal. Es posible que necesiten recursos y tiempo para que se puedan involucrar por completo.
- *Desarrollo y coordinación de la estrategia:* el desarrollo de una estrategia clara y centrada en la comunidad que abarque toda la gama de temas respaldados por políticas, planes, objetivos, metas, mecanismos y procesos de entrega pertinentes. El desarrollo de las prioridades locales para la acción dependerá de la evaluación de las necesidades locales, el intercambio de datos y el diálogo continuo entre los socios.
- *Aprendizaje y desarrollo:* las partnerships eficaces no solo invertirán en objetivos compartidos y resultados conjuntos, sino que también aportarán valor a través de comisiones de servicio y otras oportunidades para compartir su aprendizaje y contribuir al desarrollo profesional y organizativo en las organizaciones o instituciones asociadas. La voluntad de escuchar y aprender unos de otros genera confianza.
- *Recursos:* la contribución y uso compartido de información y de recursos financieros, humanos y técnicos. Las nuevas formas para obtener los presupuestos y ofrecer servicios integrados, por ejemplo, entre la atención primaria y los servicios sociales, pueden eliminar algunas de las barreras tradicionales asociadas al trabajo conjunto. La cooperación puede comenzar por proporcionar recursos altamente demandados, como formación en TI.
- *Evaluación y revisión:* evaluar la calidad del proceso de partnership y cuantificar el progreso hacia el logro de los objetivos. Las colaboraciones deben demostrar que marcan la diferencia y que las alianzas son más que simples negocios. También deben poder demostrar que mejoran realmente los servicios.»

Título informal del ejercicio:
Trabajar en partnership con y entre organizaciones LGTBIQ+ y otros servicios

Ámbito/grupo de estudio:
Trabajar en partnerships o colaboración

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes explorar el trabajo en partnership con y entre entidades LGTBIQ+, para ayudar a reducir el estigma y la discriminación por la orientación sexual y de las personas con VIH/SIDA en diferentes entornos de atención médica y en la comunidad.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes comprenderán mejor cómo se crean partnerships con y entre organizaciones LGTBIQ+. Identificar cualquier posible barrera, como desigualdades de poder entre socios, y las ventajas y los mecanismos de apoyo necesarios para garantizar el funcionamiento correcto del trabajo colaborativo.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Hoja de «elementos de una colaboración efectiva», una para cada participante.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Identifique cualquier partnership local entre organizaciones LGTBIQ+ y otras instituciones u organizaciones que ofrecen servicios para usar como ejemplo si fuera necesario.
- Lea la sección de las ventajas y riesgos de las partnerships en la sección de información adicional a continuación y en el módulo de aprendizaje en línea.

Consejos útiles para los moderadores:
- Anime al grupo a utilizar sus conocimientos y experiencia en torno al trabajo en partnership para guiar sus debates.

Método: (60 minutos)

1. Presente el tema al grupo y pídale que recabe ideas en torno a las siguientes cuestiones:
   - «¿Cuándo y por qué querríais crear una partnership entre una organización LGTBIQ+ y otro proveedor de servicios?»

   Anote sus respuestas en el rotafolio si considera que pueden ser útiles para los debates que se realizarán a continuación.
2. Luego comparta la información de las diapositivas de PowerPoint sobre la creación de partnership de éxito con el grupo.

Elementos de una colaboración o partnership efectiva

- *Liderazgo y visión:* la gestión y el desarrollo de una perspectiva compartida y realista para el trabajo en colaboración a través de la creación de objetivos comunes.
- *Organización e involucración:* la participación de todos los actores locales clave y, en particular, la involucración de las comunidades como socios iguales.
- *Desarrollo y coordinación de la estrategia:* el desarrollo de una estrategia clara y centrada en la comunidad que abarque toda la gama de temas respaldados por políticas, planes, objetivos, metas, mecanismos y procesos de entrega pertinentes. El desarrollo de las prioridades locales para la acción dependerá de la evaluación de las necesidades locales, el intercambio de datos y el diálogo continuo entre los socios.

Elementos de una colaboración o partnership efectiva

- *Aprendizaje y desarrollo:* las partnerships eficaces no solo invertirán en objetivos compartidos y resultados conjuntos, sino que también aportarán valor a través de comisiones de servicio. La voluntad de escuchar y aprender unos de otros genera confianza.
- *Recursos:* la contribución y el uso compartido de información y de recursos financieros, humanos y técnicos.
- *Evaluación y revisión:* evaluar la calidad del proceso de cooperación y cuantificar el progreso hacia el logro de los objetivos.

3. Pida al grupo que identifique y comparta cualquier ejemplo de partnerships entre organizaciones LGTBIQ+ y otras organizaciones que conozcan o de las que hayan formado parte, y anote sus ejemplos en el rotafolio. Solo necesita uno o dos ejemplos, tres como máximo.
4. Pídale al grupo que indique si sabe si estos ejemplos de partnership o trabajo colaborativo entre socios tuvieron éxito:
   - ¿Qué hizo que fueran útiles y tuvieran éxito?
   - ¿Tuvieron que hacer frente a alguna dificultad estas partnerships?

   Incluya estos puntos en el rotafolio y enlácelos a los puntos sobre los elementos de una partnership efectiva de las diapositivas de PowerPoint, de ser necesario.
5. Si ha llevado a cabo el ejercicio de competencia cultural, puede recordar al grupo los cuatros elementos de concienciación, actitud, conocimiento y competencias que sería útil considerar a la hora de trabajar con un grupo marginalizado.
6. Divida el grupo en subgrupos más pequeños de 3 a 5 personas. Estos subgrupos debatirán sobre:
   - ¿Cómo podría desarrollarse la «visión compartida» del proyecto?
   - ¿Qué aporta al trabajo con partnerships la comprensión del estigma y la discriminación que sufren los hombres gais, bisexuales y otros HSH?
   - ¿Cómo podrían afectar a las partnerships y a su trabajo las diferencias en el tamaño y el nivel económico de las organizaciones involucradas?
   - ¿Cómo se podría apoyar de manera efectiva una partnership con organizaciones LGTBIQ+, incluidas las personas que trabajan en el proyecto?
   - ¿Cómo podría el proceso de evaluación y revisión apoyar ese trabajo colaborativo entre socios y la continuación del proyecto?
   - ¿Qué podría ayudar a resolver cualquier conflicto que ocurra durante el desarrollo o las etapas de entrega del proyecto?
7. Comente a los grupos que disponen de entre 30 y 40 minutos para debatir, y pídales que anoten sus puntos principales en un hoja del rotafolio y decidan los tres puntos más importantes de cada pregunta que compartirán.

Comentarios facilitados: (30 minutos)

Cuando se acabe el tiempo, reúna a todos los grupos y pídales que compartan sus tres puntos más importantes sobre cada una de las seis preguntas, una por una. Puede anotarlos en una hoja del rotafolio (una para cada pregunta) o pedir a los grupos que cuelguen sus hojas en la sala.

Luego procederemos de la misma manera con cada pregunta hasta abordarlas todas. A continuación, pida al grupo ya reunido que comenten cuáles consideran los puntos más importantes que se han planteado. Trate de que sean uno o dos puntos por pregunta. Todos los puntos planteados son válidos, y algunos podrían resultar más útiles en un primer momento.

Al finalizar este debate, el grupo podrá utilizar algunos de los puntos para debatir y crear partnerships. Comente al grupo que en el módulo de aprendizaje en línea encontrará más información sobre cómo crear partnerships, comprender el «capital social» y cómo ello puede afectar a las partnerships entre grupos minoritarios. Concluya el ejercicio.

Información adicional:

Taken from 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partnerships eficaces

«Hay alianzas y partnerships de todas las formas, tamaños y estructuras. No existe un modelo único para que una colaboración de partnership tenga éxito. Cada colaboración de este tipo será eficaz en diferentes condiciones, en función de las necesidades y circunstancias locales, pero hay factores que comparten todas las partnerships de éxito. Un análisis sobre el trabajo en cooperación de éxito (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998) muestra que estos factores se centran en los siguientes elementos:

- *Liderazgo y visión:* la gestión y el desarrollo de una perspectiva compartida y realista para el trabajo en partnership a través de la creación de objetivos comunes. Un liderazgo efectivo se demuestra al comunicarse con los demás, motivarles e influir en ellos, para que la responsabilidad de la toma de decisiones sea compartida.
- *Organización e involucración:* la participación de todos los actores locales clave y, en particular, la involucración de las comunidades como socios iguales. No todo el mundo puede contribuir de la misma forma. La mayoría de las organizaciones de voluntariado son pequeñas y locales, con poco personal. Es posible que necesiten recursos y tiempo para que se puedan involucrar por completo.
- *Desarrollo y coordinación de la estrategia:* el desarrollo de una estrategia clara y centrada en la comunidad que abarque toda la gama de temas respaldados por políticas, planes, objetivos, metas, mecanismos y procesos de entrega pertinentes. El desarrollo de las prioridades locales para la acción dependerá de la evaluación de las necesidades locales, el intercambio de datos y el diálogo continuo entre los socios.
- *Aprendizaje y desarrollo:* las partnership eficaces no solo invertirán en objetivos compartidos y resultados conjuntos, sino que también aportarán valor a través de comisiones de servicio y otras oportunidades para compartir su aprendizaje y contribuir al desarrollo profesional y organizativo en las organizaciones o instituciones asociadas. La voluntad de escuchar y aprender unos de otros genera confianza.
- *Recursos:* la contribución y uso compartido de información y de recursos financieros, humanos y técnicos. Las nuevas formas para obtener los presupuestos y ofrecer servicios integrados, por ejemplo, entre la atención primaria y los servicios sociales, pueden eliminar algunas de las barreras tradicionales asociadas al trabajo conjunto. La cooperación puede comenzar por proporcionar recursos altamente demandados, como formación en TI.
- *Evaluación y revisión:* evaluar la calidad del proceso de partnership y cuantificar el progreso hacia el logro de los objetivos. Estas colaboraciones deben demostrar que marcan la diferencia y que las reuniones son más que simples negocios. También deben poder demostrar que mejoran realmente los servicios.

  Es fácil subestimar los desafíos de trabajar en partnership. Las colaboraciones deben demostrar su legitimidad a los ojos de la población local y permitir que los voluntarios, la comunidad y los usuarios participen plenamente. También deben involucrar a los mandos intermedios y al personal de primera línea de los organismos oficiales.

  Los socios de las partnerships también deben diseñar acuerdos efectivos entre organizaciones que puedan hacer frente a múltiples líneas de responsabilidad para realizar un verdadero trabajo colaborativo. Además, necesitan generar objetivos significativos pero realistas para el cambio, y para demostrar logros y mejoras.»

¿Qué es el capital social?

«En los últimos diez años, la noción de que los factores sociales, psicológicos, económicos y contextuales repercuten significativamente en las salud de las personas y las comunidades ha ganado popularidad a medida que el acervo de evidencia ha ido creciendo. Al mismo tiempo, los modelos individuales de comportamientos y resultados de salud han disminuido en popularidad y uso en la salud pública y la promoción sanitaria. En este contexto, el concepto de capital social ha emergido como un potencial para estructurar más la relación entre la salud y sus factores determinantes más amplios.

El capital social se puede describir de forma amplia como los recursos de una comunidad que crean una organización familiar y social. Estos recursos, que surgen de actividades como el compromiso cívico, el apoyo social o la participación, benefician a las personas, pero se desarrollan en la relación con los demás, por ejemplo, en grupos o comunidades. Los constructos clave del concepto, que a menudo se utilizan como indicadores, incluyen relaciones sociales, afiliación grupal, normas compartidas, confianza, redes sociales formales e informales, reciprocidad y compromiso cívico.

Campbell et al. (1999) dan los siguientes ejemplos de características de las comunidades donde abunda el capital social:

- Las personas sienten la obligación de ayudar a los demás y a los que están en situación de necesidad, representados a través de amplias redes personales de apoyo que vinculan a personas individuales, hogares y grupos de pares.
- Existe la voluntad y la capacidad de utilizar los recursos de la comunidad, especialmente aquellos proporcionados por el estado, evidenciadas, por ejemplo, en el uso de sistemas de servicios sanitarios institucionalizados.
- Las personas muestran más confianza y menos temor al interactuar con otras en la comunidad, lo que se manifiesta, por ejemplo, en actitudes positivas hacia las interacciones personales, el uso de las instalaciones de la comunidad o el sentido de «pertenencia» a la misma.

La relación entre el capital social y la salud

Pero ¿cuál es la relación entre el capital social y la salud? En general, las poblaciones con un elevado índice de carencias materiales y pobreza tienen peor salud. Por ejemplo, Kawachi (1996) descubrió en estudios prospectivos de hombres profesionales en los Estados Unidos que aquellos con menos redes sociales eran mucho más vulnerables a morir de enfermedades cardiovasculares. Cooper et al. (1999) descubrieron que las mujeres que vivían en barrios del Reino Unido percibidos con un alto contenido de capital social, tenían menos probabilidades de fumar, una vez controlados los factores socioeconómicos y la deprivación material.

Campbell et al. (1999) sugieren que algunos elementos del concepto original de capital social de Putnam (especialmente la confianza y el compromiso cívico) podrían mejorar la salud más que otros. El estudio reveló que las comunidades y las redes eran más complejas y estratificadas que las definidas por límites geográficos, como calles o barrios, y se hallaron grandes diferencias entre las comunidades en la forma en que se crearon y mantuvieron los elementos del capital social y el acceso a ellos. También se apreciaron diferencias claras en los tipos de redes comunitarias que hombres y mujeres crearon y aprovecharon en su vida diaria y en el tipo de apoyo que dieron y recibieron en estas redes. Los constructos individuales de salud y relaciones con la comunidad parecían variar según el género, el origen étnico y la fase de la vida. Estos hallazgos concuerdan con un trabajo más amplio sobre las desigualdades en materia de salud, donde se pueden observar patrones claros de resultados y comportamientos de salud por género, origen étnico y fase de la vida.

Campbell et al. (1999) han sugerido que los altos niveles de capital social pueden actuar como un amortiguador en las comunidades desfavorecidas, protegiendo a las personas de algunos de los peores efectos de la deprivación. Otros han establecido un enlace entre la deprivación y la salud a través de los constructos psicológicos de autoeficacia y estrés, teniendo las personas en los puestos más bajos de la escala socioeconómica un menor control sobre su vida y entorno laboral, más estrés y, en consecuencia, una peor salud.»

Taken from: Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Davies & McDowell. Open University Press.

Servicios de soporte en línea

Trabajar en partnership

Trabajar con organizaciones LGTBIQ+ y otros servicios.

Taken from 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partnerships eficaces

«Hay ejemplos de trabajo colaborativo de todas las formas, tamaños y estructuras. No existe un modelo único para que un trabajo en partnership tenga éxito. Cada tipo de colaboración será eficaz en diferentes condiciones, en función de las necesidades y circunstancias locales, pero hay factores que comparten todas las partnerships de éxito.

Un análisis sobre el trabajo en cooperación de éxito (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998) muestra que estos factores se centran en los siguientes elementos:

- *Liderazgo y visión:* la gestión y el desarrollo de una perspectiva compartida y realista para el trabajo en partnership a través de la creación de objetivos comunes. Un liderazgo efectivo se demuestra al comunicarse con los demás, motivarles e influir en ellos, para que la responsabilidad de la toma de decisiones sea compartida.
- *Organización e involucración:* la participación de todos los actores locales clave y, en particular, la involucración de las comunidades como socios iguales. No todo el mundo puede contribuir de la misma forma. La mayoría de las organizaciones de voluntariado son pequeñas y locales, con poco personal. Es posible que necesiten recursos y tiempo para que se puedan involucrar por completo.
- *Desarrollo y coordinación de la estrategia:* el desarrollo de una estrategia clara y centrada en la comunidad que abarque toda la gama de temas respaldados por políticas, planes, objetivos, metas, mecanismos y procesos de entrega pertinentes. El desarrollo de las prioridades locales para la acción dependerá de la evaluación de las necesidades locales, el intercambio de datos y el diálogo continuo entre los socios.
- *Aprendizaje y desarrollo:* las partnerships eficaces no solo invertirán en objetivos compartidos y resultados conjuntos, sino que también aportarán valor a través de comisiones de servicio y otras oportunidades para compartir su aprendizaje y contribuir al desarrollo profesional y organizativo en las organizaciones asociadas. La voluntad de escuchar y aprender unos de otros genera confianza.
- *Recursos:* la contribución y uso compartido de información y de recursos financieros, humanos y técnicos. Las nuevas formas para obtener los presupuestos y ofrecer servicios integrados, por ejemplo, entre la atención primaria y los servicios sociales, pueden eliminar algunas de las barreras tradicionales asociadas al trabajo conjunto. La cooperación puede comenzar por proporcionar recursos altamente demandados, como formación en TI.
- *Evaluación y revisión:* evaluar la calidad del proceso de trabajo colaborativo y cuantificar el progreso hacia el logro de los objetivos. Las partnerships deben demostrar que marcan la diferencia y que las reuniones son más que simples negocios. También deben poder demostrar que mejoran realmente los servicios.»

Elementos clave para crear una partnership con éxito

Liderazgo

El liderazgo efectivo implica atención a:

- Desarrollar y comunicar una *visión* compartida
- Personificar y promover el sentimiento de pertenencia y el *compromiso* con la partnership y sus objetivos Estar alerta a los factores y las *relaciones* en el entorno externo que pueden afectar al trabajo colaborativo

Organización

Se necesitan sistemas claros y efectivos para:

- *Participación* pública en procesos de partnership y toma de decisiones
- *Flexibilidad* en los acuerdos laborales
- *Gestión* transparente y efectiva de la partnership
- *Comunicación* en formas y en momentos en los que se pueda entender, interpretar y actuar fácilmente

Estrategia

La partnership debe implementar su misión y visión a través de una estrategia clara informada por las comunidades locales y otras partes interesadas que se centra en:

- *Desarrollo estratégico* para acordar prioridades y definir objetivos de resultados
- Compartir *información y evaluar* el progreso y los logros
- Un proceso continuo de *acción y revisión*

Aprendizaje

Las organizaciones asociadas deben captar, gestionar y desarrollar personas para divulgar su pleno conocimiento y potencial por medio de:

- *Valorar a las personas* como recurso principal
- El desarrollo y la aplicación de *conocimientos y competencias*
- Apoyar la *innovación*

Recursos

La contribución y el uso compartido de los recursos, incluidos:

- Crear y fortalecer el *capital social**
- Administrar y agrupar los *recursos financieros*
- Hacer que la *información* funcione
- Usar la *tecnología* de la información y la comunicación adecuadamente

Programas

Los socios buscan desarrollar programas coordinados y servicios integrados que encajen bien. Esto requiere prestar atención a:

- Obtener valor añadido de la *planificación* conjunta
- *Resultados* orientados
- *Supervisión* y revisión habituales

Es fácil subestimar los desafíos de trabajar en partnership. Las partnership deben demostrar su legitimidad a los ojos de la población local y permitir que los voluntarios, la comunidad y los usuarios participen plenamente. También deben involucrar a los mandos intermedios y al personal de primera línea de los organismos oficiales.

Las partnership también deben diseñar acuerdos efectivos entre organizaciones que puedan hacer frente a múltiples líneas de responsabilidad para realizar un verdadero trabajo colaborativo. Además, necesitan generar objetivos significativos pero realistas para el cambio, y para demostrar logros y mejoras.»

¿Qué es el capital social?

«En los últimos diez años, la noción de que los factores sociales, psicológicos, económicos y contextuales repercuten significativamente en las salud de las personas y las comunidades ha ganado popularidad a medida que el acervo de evidencia ha ido creciendo. Al mismo tiempo, los modelos individuales de comportamientos y resultados de salud han disminuido en popularidad y uso en la salud pública y la promoción sanitaria. En este contexto, el concepto de capital social ha emergido como un potencial para estructurar más la relación entre la salud y sus factores determinantes más amplios.

El capital social se puede describir de forma amplia como los recursos de una comunidad que crean una organización familiar y social. Estos recursos, que surgen de actividades como el compromiso cívico, el apoyo social o la participación, benefician a las personas, pero se desarrollan en la relación con los demás, por ejemplo, en grupos o comunidades. Los constructos clave del concepto, que a menudo se utilizan como indicadores, incluyen relaciones sociales, afiliación grupal, normas compartidas, confianza, redes sociales formales e informales, reciprocidad y compromiso cívico.

Campbell et al. (1999) dan los siguientes ejemplos de características de las comunidades donde abunda el capital social:

- Las personas sienten la obligación de ayudar a los demás y a los que están en situación de necesidad, representados a través de amplias redes personales de apoyo que vinculan a personas individuales, hogares y grupos de pares.
- Existe la voluntad y la capacidad de utilizar los recursos de la comunidad, especialmente aquellos proporcionados por el estado, evidenciadas, por ejemplo, en el uso de sistemas de servicios sanitarios institucionalizados.
- Las personas muestran más confianza y menos temor al interactuar con otras en la comunidad, lo que se manifiesta, por ejemplo, en actitudes positivas hacia las interacciones personales, el uso de las instalaciones de la comunidad o el sentido de «pertenencia» a la misma.

Taken from: Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Davies & McDowell.
Open University Press.

La relación entre el capital social y la salud (interseccionalidades/sindemias)

Pero ¿cuál es la relación entre el capital social y la salud? En general, las poblaciones con un elevado índice de carencias materiales y pobreza tienen peor salud. Por ejemplo, Kawachi (1996) descubrió en estudios prospectivos de hombres profesionales en los Estados Unidos que aquellos con menos redes sociales eran mucho más vulnerables a morir de enfermedades cardiovasculares. Cooper et al. (1999) descubrieron que las mujeres que vivían en barrios del Reino Unido percibidos con un alto contenido de capital social tenían menos probabilidades de fumar, una vez controlados los factores socioeconómicos y la deprivación material.

Campbell et al. sugieren que algunos elementos del concepto original de capital social de Putnam (especialmente la confianza y el compromiso cívico) podrían mejorar la salud más que otros. El estudio reveló que las comunidades y las redes eran más complejas y estratificadas que las definidas por límites geográficos, como calles o barrios, y se hallaron grandes diferencias entre las comunidades en la forma en que se crearon y mantuvieron los elementos del capital social y el acceso a ellos. También se apreciaron diferencias claras en los tipos de redes comunitarias que hombres y mujeres crearon y aprovecharon en su vida diaria y en el tipo de apoyo que dieron y recibieron en estas redes. Los constructos individuales de salud y relaciones con la comunidad parecían variar según el género, el origen étnico y la edad.

Estos hallazgos concuerdan con un trabajo más amplio sobre las desigualdades en materia de salud, donde se pueden observar patrones claros de resultados y comportamientos de salud por género, origen étnico y fase edad.

Campbell et al. (1999) han sugerido que los altos niveles de capital social pueden actuar como un amortiguador en las comunidades desfavorecidas, protegiendo a las personas de algunos de los peores efectos de la deprivación. Otros han establecido un enlace entre la deprivación y la salud a través de los constructos psicológicos de autoeficacia y estrés, teniendo las personas en los puestos más bajos de la escala socioeconómica un menor control sobre su vida y entorno laboral, más estrés y, en consecuencia, una peor salud.»

Taken from: Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Davies & McDowell.
Open University Press.

Conoce colaboraciones entre instituciones oficiales y organizaciones LGTB? ¿O entre las propias organizaciones LGTB? Anote lo que sabe sobre estas partnerships y si tuvieron éxito o no. Sería interesante recopilar la siguiente información:

- ¿Cómo se desarrolló la «visión compartida» del proyecto?
- ¿Qué aporta al trabajo colaborativo la comprensión del estigma y la discriminación que sufren los hombres gais, bisexuales y otros HSH?
- ¿Cómo podrían afectar a las partnership y a su trabajo las diferencias en el tamaño y el nivel económico de las organizaciones involucradas?
- ¿Cómo se podría apoyar de manera efectiva la alianza con organizaciones de HSH/LGTB, incluidas las personas que trabajan en el proyecto?
- ¿Cómo podría el proceso de evaluación y revisión apoyar la partnership y la continuación del proyecto?
- ¿Qué podría ayudar a resolver cualquier conflicto que ocurra durante el desarrollo o las etapas de entrega del proyecto?

Le recomendamos que dedique 30 minutos a anotar y recopilar sus ideas en torno a estas preguntas. Una vez transcurrido este tiempo, identifique los puntos que considera clave para establecer buenas colaboraciones con y entre organizaciones LGTB/HSH y otros servicios.

Hoja de trabajo para los participantes:

Trabajar en partnership

Taken from 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partnerships eficaces

«Hay alianzas y colaboraciones de todas las formas, tamaños y estructuras. No existe un modelo único para que una partnership tenga éxito. Cada tipo de alianza será eficaz en diferentes condiciones, en función de las necesidades y circunstancias locales, pero hay factores que comparten todas las partnership de éxito.

Un análisis sobre el trabajo en partnership de éxito (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998) muestra que estos factores se centran en los siguientes elementos:

- *Liderazgo y visión:* la gestión y el desarrollo de una perspectiva compartida y realista para el trabajo en partnership a través de la creación de objetivos comunes. Un liderazgo efectivo se demuestra al comunicarse con los demás, motivarles e influir en ellos, para que la responsabilidad de la toma de decisiones sea compartida.
- *Organización e involucración:* la participación de todos los actores locales clave y, en particular, la involucración de las comunidades como socios iguales. No todo el mundo puede contribuir de la misma forma. La mayoría de las organizaciones de voluntariado son pequeñas y locales, con poco personal. Es posible que necesiten recursos y tiempo para que se puedan involucrar por completo.
- *Desarrollo y coordinación de la estrategia:* el desarrollo de una estrategia clara y centrada en la comunidad que abarque toda la gama de temas respaldados por políticas, planes, objetivos, metas, mecanismos y procesos de entrega pertinentes. El desarrollo de las prioridades locales para la acción dependerá de la evaluación de las necesidades locales, el intercambio de datos y el diálogo continuo entre los socios.
- *Aprendizaje y desarrollo:* las partnerships eficaces no solo invertirán en objetivos compartidos y resultados conjuntos, sino que también aportarán valor a través de comisiones de servicio y otras oportunidades para compartir su aprendizaje y contribuir al desarrollo profesional y organizativo en las organizaciones o instituciones asociadas. La voluntad de escuchar y aprender unos de otros genera confianza.
- *Recursos:* la contribución y uso compartido de información y de recursos financieros, humanos y técnicos. Las nuevas formas para obtener los presupuestos y ofrecer servicios integrados, por ejemplo, entre la atención primaria y los servicios sociales, pueden eliminar algunas de las barreras tradicionales asociadas al trabajo conjunto. La cooperación puede comenzar por proporcionar recursos altamente demandados, como formación en TI.
- *Evaluación y revisión:* evaluar la calidad del proceso de partnership y cuantificar el progreso hacia el logro de los objetivos. Las colaboraciones deben demostrar que marcan la diferencia y que las alianzas son más que simples negocios. También deben poder demostrar que mejoran realmente los servicios.»

2.1.5 Prevención

Título informal del ejercicio:
Utilizar técnicas de entrevista motivacional en su trabajo

Ámbito/grupo de estudio:
Prevención

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes explorar y mejorar sus conocimientos sobre el uso de técnicas de entrevista motivacional para interactuar mejor con hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes entenderán mejor las técnicas de entrevista motivacional y explorarán el uso de estas técnicas con hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Páginas con guion de iniciación, una para cada participante
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Lea la información sobre entrevistas motivacionales y las dos técnicas descritas: OARS y LURE
- Lea los guiones de iniciación para comprobar que sean adecuados para su grupo. Pueden resultarle útiles para escribir sus propios guiones en función de las cuestiones locales o de su experiencia trabajando con las poblaciones locales de hombres gais, bisexuales y otros HSH. Pida a las parejas que elaboren su propio guion o que improvisen sobre un tema como «dificultades del uso del condón» o «estar borracho y fuera de control».
- En http://equip-eLearning.woncaeurope.org/ encontrará una herramienta de aprendizaje en línea sobre entrevistas motivacionales, que incluye dos ejemplos muy útiles de interacciones con estas técnicas, una sobre el consumo excesivo de alcohol y otra sobre empezar a tomar una medicación a largo plazo. Le recomendamos que les eche un vistazo si no tiene mucha experiencia con estas técnicas de entrevista.

Consejos útiles para los moderadores:
- Se trata de un ejercicio para que los participantes practiquen las técnicas de entrevista motivacional, no para que hablen sobre lo que harían o lo que podrían hacer. Anímelos a utilizar su tiempo para practicar. Incluso si ya tienen experiencia; cuanta más práctica, mejor.
- A medida que observe y ayude a los participantes mientras practican, recuérdeles las técnicas OARS y LURE pero insista en que no tienen que seguirlas punto por punto. Dígales que, por lo general, si pueden recordar la primera instrucción del acrónimo, las demás surgirán naturalmente.

Método: (40 minutos)

1. Comente al grupo que ahora analizarán y practicarán la entrevista motivacional y cuál es la mejor forma de usarla en nuestro trabajo.
2. Comparta con el grupo la definición sobre entrevista motivacional de la diapositiva de PowerPoint.

Entrevista motivacional
- Se trata de una estrategia de comunicación guiada y centrada en la persona
- Ayuda al usuario a explorar y aclarar sus sentimientos con el fin de corregir conductas problemáticas
- Ofrece pasos específicos y de refuerzo para ayudar al usuario

3. Presente y explique al grupo la diapositiva de PowerPoint sobre las herramientas de entrevista motivacional OARS y LURE.

Motivational Interviewing Tools – OARS

Preguntas **ABIERTAS** (mejor que cerradas)
«¿Cómo te sientes al respecto?» (abierta) en lugar de «¿Te enfadaste?» (cerrada)

AFIRMACIONES (para un refuerzo positivo)
«Felicidades por tomar tu medicación sin falta; a mucha gente le resulta difícil».

REFLEXIONES (repetir, reformular, parafrasear)
«¿Estás diciendo que te cuesta pedirles a tus parejas que usen el preservativo?»

RESUMEN (2 o 3 puntos clave planteados por la persona)
««Entiendo que lo que quieres hacer hoy es ver los resultados de tus pruebas e informarte sobre el grupo de apoyo».

Herramientas de entrevista motivacional: LURE

MESCUCHAR a la persona
La entrevista motivacional implica tanto escuchar como informar; solo puede entender la motivación de alguien escuchando a esa persona.

ENTENDER sus motivaciones
Es más probable que las razones por las que quiere cambiar esa persona, y no las suyas, influyan en un cambio de comportamiento.

RESISTIR el impulso de «corregir» a la persona con la que está hablando.
Se trata de la conversación de esa persona, no de la suya propia.

EMPODERAR a la persona con la que está hablando
Los resultados de salud son mejores cuando alguien se interesa y desempeña un papel activo en su propio cuidado.

4. Pida que levanten la mano los participantes que utilizan las técnicas de entrevista motivacional en su trabajo. Si nadie levanta la mano, agrupe a los participantes por parejas; si algunos levantan la mano, cree parejas entre personas con y sin experiencia; si todos levantan la mano, agrúpelos por parejas y comente que practicar ayuda a mejorar, sin importar el nivel de experiencia. Practicar siempre resulta útil, y es posible que el grupo no conozca las técnicas propuestas.
5. Comente a las parejas que practicarán las técnicas de entrevista motivacional en torno a tres «cuestiones»:
   - Las pruebas del VIH
   - Seguimiento de la medicación
   - Consumo de sustancias (alcohol y drogas recreativas)

6 Comunique al grupo que utilizarán los guiones de iniciación de las hojas que les ha entregado como base de sus conversaciones. Lo importante es practicar en parejas, no hablar sobre cómo podrían abordarse diferentes situaciones, sino practicar. También es importante que sepan que no se les está formando para ser asesores; esta formación no dispone del tiempo ni de los recursos necesarios para ello. Esta práctica consiste en conseguir un buen nivel básico de conversación con técnicas de entrevista motivacional..

Entrevista motivacional: guiones de iniciación

Guion uno
«No me encuentro muy bien hoy, he vuelto a salir todo el fin de semana... y me lo pasé bien, no dormí nada y acabé practicando sexo y tomando drogas todo el fin de semana, por lo que el lunes no fui a trabajar. El próximo fin de semana tengo que ir a una fiesta de cumpleaños y me preocupa que me vuelva a pasar lo mismo. No creo que pueda dejar de salir de fiesta».

Guion dos
«Las últimas semanas me he comportado como un verdadero idiota. He tenido sexo sin preservativo con un montón de personas. Soy consciente de los riesgos, pero en ese momento, cuando ocurre, la verdad es que no me importa, y después me siento un imbécil. Lo siento. Realmente no sé por qué vengo».

Guion tres
«No sé si debería preocuparme, pero los fines de semana me desmadro tanto que olvido tomar la medicación. La tomo cuando me acuerdo y, a veces, me tomo dos dosis para estar seguro, pero no logro habituarme a una rutina».

7 Pida a las parejas que comiencen la práctica, a la que deberán dedicar 10 minutos por persona (20 minutos en total). Una persona hará el papel de usuario del servicio y la otra, de agente comunitario de la salud.

8 Recorra los grupos para ayudarles y recordarles las pautas de OARS y LURE. De ser necesario, mencione de nuevo que se trata de una práctica y no de un debate sobre lo que harían o podrían hacer. Práctica, práctica, práctica...

9 Transcurridos los primeros 10 minutos, comunique al grupo que es hora de cambiar. Ahora, la segunda persona se centrará en otro tema y usará un guion nuevo. De nuevo, vaya grupo por grupo ayudándoles con las pautas de OARS y LURE y recordándoles que deben practicar y no debatir.

10 Una vez transcurridos estos otros 10 minutos, vuelva a reunir a todo el grupo.

Comentarios facilitados: (15–20 minutos)

Pida al grupo que comparta sus experiencias
- ¿Han sido de ayuda OARS y LURE?
- Si ya tienen experiencia con las técnicas de entrevista motivacional, ¿habían utilizado ya los métodos OARS y LURE?
- ¿Cómo han sido las conversaciones?
- ¿Cuál ha sido el resultado?

Pida ejemplos a las parejas en torno a estas preguntas.

Cuando el grupo haya acabado de compartir sus comentarios (o se acabe el tiempo designado), concluya el ejercicio..

Información adicional:

«Las investigaciones han demostrado que:
- Las técnicas de entrevista motivacional ayudan a cambiar varios comportamientos, como la dieta, el ejercicio, seguir la medicación, reducir el consumo de alcohol y drogas ilegales, y practicar sexo de forma más segura (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005; Rubak et al., 2005).
- Estas técnicas también funcionan para dejar de fumar, aunque sus efectos son menos marcados que con otras conductas de salud (Hettema y Hendricks, 2010). Las entrevistas motivacionales funcionan tan bien como otros métodos para dejar de fumar y, posiblemente, en menos tiempo.
- Incluir estas técnicas en otros tratamientos mejora los resultados.
- A la hora de comparar la entrevista motivacional con otros métodos de asesoramiento consolidados, los resultados son similares a pesar de la baja intensidad de la entrevista motivacional. Esta técnica produce resultados positivos con un menor coste y esfuerzo.
- Funciona bien con pacientes que están enfadados, se muestran reticentes o menos dispuestos a cambiar. Uno de los estudios originales ofrecía un «chequeo para bebedores» a los pacientes que no reconocían su alcoholismo. La entrevista motivacional ayudó a estos pacientes a cambiar su forma de beber, sin que tuvieran que admitir que tenían un problema (Miller y Rose, 2009).
- Esta técnica es menos efectiva con pacientes que ya están claramente comprometidos con el cambio y listos para pasar a la acción. Este tipo de pacientes pueden aprovechar una ayuda más centrada en la resolución activa de problemas.
- La entrevista motivacional funciona bien con miembros de minorías. Tiene características que se ajustan a los valores culturales latinos de respeto e individualidad (Anez, Silva, Paris y Bedregal, 2008) y consigue mejores resultados con pacientes afroamericanos que con pacientes blancos (Miller y Rose, 2009). La entrevista motivacional también se ha adaptado específicamente a pacientes nativos americanos (Tomlin, Walker, Grover, Arquette y Stewart, n.d.; Venner et al., 2006).
- Se ha probado principalmente en adultos, pero también es eficaz para cambiar conductas de adolescentes (Berg-Smith et al., 1999) y niños (Lozano et al., 2010; Resnicow, Davis y Rollnick, 2006; Schwartz et al., 2007; Suáres y Mullins, 2008; Weinstein, Harrison y Benton, 2006).
- También se puede utilizar para los cuidados paliativos (Pollak, Childers y Arnold, 2011).
- Funciona rápidamente; los resultados de los esfuerzos se ven de inmediato (Rollnick et al., 2008).
- La formación en técnicas de entrevista motivacional mejora la comunicación con el paciente y las conductas de asesoramiento sobre el estilo de vida (Söderlund, Madson, Rubak y Nilsen, 2011). Los profesionales de atención primaria declaran que utilizar estas técnicas mejora y enriquece su consulta (Brobeck, Bergh, Odencrants y Hildingh).»

Taken from Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change. Mountain Plains AIDS Education and Training Centre.

Hoja de trabajo para los participantes

Prevención: utilizar técnicas de entrevista motivacional

Entrevista motivacional: guiones de iniciación

Guion uno

«No me encuentro muy bien hoy, he vuelto a salir todo el fin de semana... y me lo pasé bien, no dormí nada y acabé practicando sexo y tomando drogas todo el fin de semana, por lo que el lunes no fui a trabajar. El próximo fin de semana tengo que ir a una fiesta de cumpleaños y me preocupa que me vuelva a pasar lo mismo. No creo que pueda dejar de salir de fiesta».

Guion dos

«Las últimas semanas me he comportado como un verdadero idiota. He tenido sexo sin preservativo con un montón de personas. Soy consciente de los riesgos, pero en ese momento, cuando ocurre, la verdad es que no me importa, y después me siento un imbécil. Lo siento. Realmente no sé por qué vengo».

Guion tres

«No sé si debería preocuparme, pero los fines de semana me desmadro tanto que olvido tomar la medicación. La tomo cuando me acuerdo y, a veces, me tomo dos dosis para estar seguro, pero no logro habituarme a una rutina».

Materiales de soporte en línea

Prevención

Utilizar técnicas de entrevista motivacional en su trabajo.

«Para comenzar, la entrevista motivacional es una estrategia de comunicación guiada y centrada en la persona. No equivale al asesoramiento, aunque se puede utilizar como parte de una sesión terapéutica.

Su objetivo es ayudar a la persona con la que está trabajando a que explore y aclare sus conductas contradictorias para cambiar comportamientos poco saludables o problemáticos. El centro de la entrevista motivacional es un espíritu de empatía, aceptación, respeto, honestidad y cuidado (Moyers, Miller y Hendrickson, 2005).

Ofrece maniobras de refuerzo, a menudo en espiral, para cada paso del recorrido del usuario a medida que avanza hacia el cambio.

Se trata de un modelo basado en una serie de etapas, y su enfoque centrado en las personas y orientado a los objetivos ayuda a que se produzcan cambios al explorar y aclarar conductas contradictorias. Las estrategias pragmáticas se adoptan al nivel de predisposición del usuario para ajustar su comportamiento.

Publicado originalmente en 1991 para ofrecer asesoramiento sobre el consumo de sustancias, el enfoque de la entrevista motivacional se ha estudiado en más de 200 ensayos aleatorios controlados sobre diversos comportamientos relacionados con la salud (Miller y Rollnick, 1991; Rollnick, Miller y Butler, 2008).

Entonces, ¿qué evidencias demuestran la eficacia de la entrevista motivacional como intervención?

Las investigaciones han demostrado que:

- Las técnicas de entrevista motivacional ayudan a cambiar varios comportamientos, como la dieta, el ejercicio, seguir la medicación, reducir el consumo de alcohol y drogas ilegales, y practicar sexo de forma más segura. (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005; Rubak et al., 2005).
- Incluir estas técnicas en otros tratamientos mejora los resultados.
- A la hora de comparar la entrevista motivacional con otros métodos de asesoramiento consolidados, los resultados son similares a pesar de la baja intensidad de la entrevista motivacional. Esta técnica produce resultados positivos con un menor coste y esfuerzo.
- Funciona bien con pacientes que están enfadados, se muestran reticentes o menos dispuestos a cambiar. Uno de los estudios originales ofrecía un «chequeo para bebedores» a los pacientes que no reconocían su alcoholismo. La entrevista motivacional ayudó a estos pacientes a cambiar su forma de beber, sin que tuvieran que admitir que tenían un problema (Miller y Rose, 2009).
- Esta técnica es menos efectiva con pacientes que ya están claramente comprometidos con el cambio y listos para pasar a la acción. Este tipo de pacientes pueden aprovechar una ayuda más centrada en la resolución activa de problemas.
- La entrevista motivacional funciona bien con miembros de minorías. Tiene características que se ajustan a los valores culturales latinos de respeto e individualidad (Anez, Silva, Paris y Bedregal, 2008) y consigue mejores resultados con pacientes afroamericanos que con pacientes blancos (Miller y Rose, 2009). La entrevista motivacional también se ha adaptado específicamente a pacientes nativos americanos (Tomlin, Walker, Grover, Arquette y Stewart, n.d.; Venner et al., 2006).
- Funciona rápidamente; los resultados de los esfuerzos se ven de inmediato (Rollnick et al., 2008).
- La formación en técnicas de entrevista motivacional mejora la comunicación con el paciente y las conductas de asesoramiento sobre el estilo de vida (Söderlund, Madson, Rubak y Nilsen, 2011). Los profesionales de atención médica primaria declaran que utilizar estas técnicas mejora y enriquece su consulta (Brobeck, Bergh, Odencrants y Hildingh).

A pesar de que, tradicionalmente, la entrevista motivacional se realiza de forma individual, las investigaciones sugieren que también resulta eficaz si se aplica en un entorno grupal (Santa Ana, Wulfert y Nietert, 2007) o telefónico (Cook, 2006).

Los estudios en curso ayudarán a determinar si esta técnica también se puede ofrecer de forma efectiva a través de correo electrónico, mensajes de texto o redes sociales. Los datos actuales sugieren que los mensajes de entrevista motivacional que se ofrecen en formato electrónico funcionan como complemento del asesoramiento telefónico con técnicas de entrevista motivacional (Battaglia, Benson, Cook y Prochazka, en prensa).

Las investigaciones también demuestran que muchos educadores de salud pueden utilizar esta técnica, así como asesores de pacientes de varios perfiles profesionales, como:

- enfermeros (Cook y Sakraida, 2006),
- pediatras (Lozano et al., 2010),
- dentistas (Weinstein et al., 2006),
- educadores de pacientes (Cook, Bremer, Ayala y Kahook, 2010),
- farmacéuticos (Basiago, 2007),
- enfermeros escolares (Robbins, Preiffer, Maier, LaDrig y Berg-Smith, 2012),
- profesores (Cook, Richardson y Wilson, 2012), y
- profesionales en materia de salud mental y consumo de sustancias (Miller y Rollnick, 1991).

Ahora que hemos analizado qué es la entrevista motivacional y lo que se opina sobre la misma en las investigaciones sobre el tema, descubramos cómo podemos aprovecharla y utilizar algunas de las herramientas que pueden resultar útiles a la hora de aplicar la entrevista motivacional en distintos tipos de situaciones.

Hay dos herramientas muy útiles que podemos utilizar para orientar nuestras conversaciones con la entrevista motivacional: OARS y LURE.

OARS.

Una manera sencilla de comenzar a emplear la entrevista motivacional es utilizar el método OARS (Miller y Rollnick, 1991). Aplica una técnica de entrevista motivacional si utiliza:

Preguntas abiertas (mejor que cerradas)

- «¿Cómo te sientes al respecto?» (abierta) en lugar de «¿Te enfureció?» (cerrada)
- «Háblame de la última vez que tomaste metanfetaminas» (abierta) en lugar de «Ya no tomas drogas, ¿verdad?» (cerrada y anticipada)

Afirmaciones (para refuerzo positivo)

- «Acudes a las consultas periódicamente».
- «Felicidades por tomar tu medicación sin falta; a mucha gente le resulta difícil»

Reflexiones (repetir, reformular, parafrasear)

- «Parece que te preocupan tus dolores de cabeza».
- «¿Estás diciendo que te cuesta pedirles a tus parejas que usen el preservativo?»

Resumen (2 o 3 puntos clave planteados por el paciente)

- «Entiendo que lo que quieres hacer hoy es ver los resultados de tus pruebas e informarte sobre el grupo de apoyo».
- «Parece que ya tenemos listo tu nuevo plan de ejercicios y mañana comenzarás con el Paso 1».

LURE.

Esta es otra forma de abordar una conversación con alguien utilizando la técnica de la entrevista motivacional.

LURE es una redistribución de la publicación RULE anterior (Rollnick et al. 2008) para ayudar a evitar los patrones de comunicación poco prácticos que pueden ocurrir y porque escuchar a un paciente/persona antes de hacer una sugerencia es la práctica más útil.

LESCUCHAR a su paciente:

- La entrevista motivacional implica tanto escuchar como informar, y solo puede comprender la motivación de su paciente escuchando atentamente.
- Prestar atención forma parte de una buena atención médica general.
- Escuchar es una muestra de empatía que le demuestra a su paciente que realmente se interesa por él.

COMPRENDER las motivaciones de su paciente:

- Es más probable que las razones del paciente, y no las suyas, influyan en un cambio de comportamiento.
- El profesional ayuda expresando interés en los valores, preocupaciones, motivaciones y contexto de vida del paciente.

RESISTIR el impulso de corregir al paciente. Rollnick et al. (2008) hacen referencia a ello como el «reflejo de corrección». Los profesionales de atención sanitaria tienen un fuerte deseo de curar, prevenir cualquier tipo de daños y «dirigir al paciente», pero esto puede tener un efecto paradójico, porque a las personas no les gusta que les digan lo que tienen que hacer.

Los médicos que utilizan la entrevista motivacional resisten el reflejo de corrección a través de la escucha reflexiva:

- «Me comentas que si le dices a tu pareja que quieres usar preservativos se enfadará contigo».
- «No quieres tomar medicamentos antirretrovirales porque afectarían demasiado a tu riñón teniendo en cuenta tu consumo actual de alcohol».

EMPODERAR a su paciente:

- Los resultados de salud son mejores cuando los pacientes se interesan por su cuidado y desempeñan un papel activo en el mismo.
- Empodera a sus pacientes cuando los ayuda a explorar formas en que pueden tomar el control de su salud.
- Los pacientes son asesores esenciales de su propia vida y en las formas en que pueden incorporar el cambio conductual en sus rutinas diarias.
- Los pacientes empoderados son más propensos a mantener cambios que inciden en su comodidad a corto plazo para reducir riesgos a largo plazo.
- Los profesionales empoderan a los pacientes pidiéndoles su opinión y manteniendo un equilibrio de poderes en la relación de atención médica. Es más probable que las razones del paciente, y no las del profesional, tengan éxito. Los pacientes obtienen mejores resultados si toman un papel activo en su cuidado.

Se considera que la entrevista motivacional también funciona si se utiliza un enfoque como el modelo de etapas de cambio.

El modelo de etapas de cambio (Prochaska y Velicer, 1997) ofrece un marco que puede utilizar para ayudar a sus pacientes a emprender cambios de salud positivos, sea cual sea la predisposición. Comprender estas etapas le ayudará a determinar si están dispuestos a cambiar y a ofrecerles la orientación adecuada.

La personas pueden estar más o menos preparadas para cambiar su comportamiento en un momento dado, y para cada momento hay distintos tipos de mensajes adecuados.

Aquí, el objetivo es identificar en qué momento del proceso de cambio se encuentra la persona con la que está trabajando, con el fin de determinar qué intervenciones podrían funcionar mejor.

Como siempre, comience con una pregunta o declaración abierta:

- «Veo que tu enfermera te ha recomendado que empieces a tomar antirretrovirales. Cuéntame qué te parece».
- «¿Cómo va tu plan para dejar de fumar?»

Las preguntas de las siguientes secciones pretenden ser ejemplos o temas de conversación para ayudarle tanto a usted como a sus pacientes a hablar sobre el cambio.

No son un guion a seguir ni un cuestionario de investigación.
Depende del tipo de encuentro usar unos u otros, o ninguno de ellos. Recuerde que establecer una verdadera conexión con la persona con la que está trabajando y tratar de comprender realmente su perspectiva es la clave del éxito para la entrevista motivacional.

ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN

Es posible que los pacientes que se encuentran en la etapa de precontemplación no sea conscientes de que existe un problema y no hayan pensado en modificar su conducta.

***Los objetivos* son:**

- **Concienciar al paciente sobre el problema para que pueda empezar a *pensar sobre ello,* y**
- **mantener al paciente involucrado en el proceso.**

Es fácil ahuyentar a estas personas «no comprometidas» durante esta etapa, así que escoja los mensajes adecuados. Recuerde que le interesa mantener la puerta abierta para futuros debates.

ESCUCHE sus preocupaciones

Refleje el contenido:

- «Entiendo que quieres asegurarte de que nuestra conversación sea confidencial».
- «Me comentas que tienes tos, pero que no crees que puedas dejar de fumar».
- «Te gustaría que tu pareja dejara de molestarte».

Refleje la emoción:

- «Así que te sientes abrumado».
- «Parece que estás algo deprimido».

Resuma:

- «Te gusta mucho fumar».
- «Parece que eres incapaz de negarte si tu pareja quiere tener sexo».

SONSAQUE más información

Experiencias pasadas:

- «Háblame de aquella vez que intentaste dejar de fumar».
- «¿Qué pasó cuando le pediste que se pusiera un preservativo?»

Fortalezas actuales:

- «¿Cómo consigues mantener tu ritmo de entrenar?»
- «Tu asistencia a las consultas es perfecta. ¿Cómo lo haces?»

Actitudes actuales:

- «¿Qué opinas sobre cambiar tu medicación?»
- «¿Qué piensas sobre usar preservativos cuando tienes relaciones sexuales con nuevas parejas?»
- «Cada vez más gente busca sexo en internet. ¿Qué opinas al respecto?»

COMUNIQUE atención

Empatía:

- «Ha debido de ser duro. ¿Cómo lo sobrellevaste?»

Sinceridad:

- «Yo también me asustaría si mi recuento de CD4 disminuyera».

Aceptación:

- «Eres tú quien decide, es tu salud».
- «Eres el único que puede tomar estas decisiones, pero puedo ayudarte a analizar el problema y explorar tus opciones».

ETAPA DE CONTEMPLACIÓN

Los pacientes que se encuentran en la etapa de contemplación están dispuestos a pensar en hacer cambios, pero aún no están listos para comprometerse.

El objetivo es animar a la persona con la que está trabajando a que tome las riendas:

- **haciendo que hable sobre el cambio,**
- **logrando que sea consciente de las opciones de cambio, y**
- **haciendo hincapié en las ventajas de cambiar.**

FORMULE discrepancias

Refleje la incertidumbre:

- «Ves tanto ventajas como inconveniente para cambiar».
- «Parece que te sientes atrapado».

Explore las preocupaciones:

- «¿Cómo crees que afectaría a tu vida sexual el hecho de usar preservativos?»
- «¿Qué te preocupa de tomar antirretrovirales?»

Explore valores y objetivos:

- «¿Qué espera conseguir con el tratamiento?»
- «Explícame cómo proteger a tu pareja cambiaría la situación».

Refleje la intención:

- «Parece que quieres consumir drogas de forma más segura, pero no sabes cómo».
- «Así que estás pensando en crear un plan para no olvidarte de tomar tu medicación».

Explore el contexto:

- «¿En qué ha cambiado tu vida para que ahora sea un buen momento para dejar de consumir drogas?»
- «¿Cómo lograron las preocupaciones de tu pareja que decidieras utilizar preservativo?»
- «¿Ha pasado algo para que te hayas animado a empezar a tomar antirretrovirales?»

Haga comentarios:

- «Tu médico te explicará por qué cree que tienes que empezar a tomar antirretrovirales. Puedo comentarte lo que han dicho los demás y darte un folleto, si quieres».

ACEPTE la resistencia. Si el paciente se muestra reticente, es hora de que el profesional cambie de táctica. Pruebe estrategias de contemplación en lugar de discutir o tratar de persuadir al paciente.

Discúlpese:

- «Lo siento, es posible que no lo haya entendido bien. Vuelve a contármelo».

Ratifique:

- «Entiendo tu preocupación por los efectos secundarios del tratamiento, y es válida. Hablemos sobre ello».

Acepte:

- «Quizás utilizar ese tratamiento a base de infusiones no fue la mejor idea. Si no te está funcionando, podemos explorar otras opciones».

Refleje las preocupaciones de los demás:

- «No estás preocupado, pero tu pareja sí. ¿Qué le preocupa?»

Reformula «sí, pero...» y «sí y...»:

- «Parece que quieres que tu plan funcione, pero tienes tus dudas al respecto».

Aclara:

- «¿Qué necesitas para que tu plan avance?» «¿Cómo puedo ayudarte?»

Reflexión ampliada: (Si utiliza esta estrategia, tenga cuidado de que su tono no sea peyorativo. Si se dice con respeto, la mayoría de los pacientes responderán con las razones por las que están listos para cambiar).

- «Quizás no estés preparado para empezar a tomar antirretrovirales ahora».
- «Quizás los preservativos no están hechos para ti».

APOYE la autoeficacia

Autocontrol:

- «¿Estarías dispuesto a llevar un registro de cómo tomas tu medicación durante una semana?» Esto nos ayudará a ver cualquier patrón que nos indique en qué momentos tienes problemas para recordar tomar tu medicación».

Éxitos pasados:

- «¿Qué estrategias te han funcionado en el pasado?»
- «Háblame de la última vez que usaste un preservativo».

Optimismo:

- «¿Qué ha cambiado ahora para facilitar el cambio?»

Explore los extremos:

- «¿Qué es lo mejor/peor que podría pasar cuando empieces a usar este plan? ¿Cuál es la probabilidad de que suceda?»

Compromiso:

- «¿Qué opinas de esta cuestión, al menos hoy?»

Toma de decisiones: :

- «¿Cuál de estas ideas estarías abierto a probar?»
- «¿Alguna de estas ideas para reducir el consumo de alcohol encaja para ti?»

Autonomía:

- «Debes encargarte tú mismo, nadie va a ir a casa contigo para comprobar cómo vas».
- «Puedes decidir si quieres seguir adelante».

ETAPA DE ACCIÓN

Las personas que se encuentran en la etapa de acción están preparadas para intentar cambiar su comportamiento por primera vez, pero es posible que aún no estén seguras de poder conseguirlo.

El objetivo es reducir los obstáculos al cambio.

FOMENTE el progreso

- «Me impresiona todo lo que has conseguido».
- Pídale al paciente que le ayude a «evaluar» el cambio:
  - «En una escala del 1 al 10, ¿dónde te encontrabas antes? ¿Y dónde te encuentras hoy?»
  - «Un 7 es genial. Has hecho muchos progresos en comparación con el 2 de cuando empezaste».
  - «¿Quieres mantenerte en el 7? De no ser así, ¿qué necesitas para llegar a un 8?»

REDUZCA las barreras

- «¿Qué te ha ido mejor hasta el momento?»
- «¿Qué otras acciones conseguirían que la estrategia funcionase mejor?»
- «Aquí tienes algunos recursos que podrían ayudarte (planificar comidas nutritivas, establecer un horario para tomar la medicación, etc.)».
- «¿Cómo puedo ayudarte a superar esto?»

FRENE un cambio excesivo

- «Es mejor no cambiar demasiadas cosas de golpe. ¿Cómo podrías avanzar poco a poco en esta dirección?»
- «¿Cuál es el mejor lugar para comenzar?»
- «¿Qué crees que puedes hacer para mejorar tu salud esta semana?»

ETAPA DE MANTENIMIENTO

Las personas que se encuentran en la etapa de mantenimiento han logrado cambiar un comportamiento y mantenerlo durante al menos 6 meses.

Los objetivos son:

- **ayudar al paciente a permanecer concentrado, y**
- **anticipar y reducir la posibilidad de una recaída.**

NORMALICE los altibajos y ofrezca ÁNIMOS

- «No es extraño que las personas que han modificado un comportamiento vuelvan a caer en él en ocasiones; es normal. Si sabes que puede pasar, puedes prepararte para lidiar con ello».
- «Un lapsus no es una recaída».
- «Lo hiciste una vez y puedes volver a hacerlo. Creo en ti».

CONSIGA soporte

- «¿Hay alguien que pueda recordarte que tomes la medicación?»
- «¿Qué otras actividades te pueden ayudar a mantenerte alejado de los bares?»
- «¿Estás preparado para compartir tu éxito con los demás?»

PLANIFIQUE con tiempo

- «¿Qué situaciones pueden hacer que te resulte difícil mantener tu nuevo comportamiento?» «¿Cómo crees que controlarás estas situaciones?»
- Establezca un seguimiento: «¿Cuándo podemos volver a vernos para ver cómo van las cosas?»

RECAÍDA

Las recaídas son una parte normal y esperada del proceso de cambio. Si se produce una, tiene la oportunidad de ayudar al paciente a retroceder y volver a evaluar sus objetivos personales, su predisposición y las estrategias utilizadas hasta el momento.

Los objetivos son:

- **ayudarle a que no se desanime y**
- **hacer que vuelva a comprometerse con el proceso de cambio.**

Utilice todas sus competencias de entrevista motivacional para ayudar al paciente a debatir sobre estas cuestiones. Las siguientes preguntas le pueden ayudar a iniciar esta conversación:

- «¿Pasó algo en concreto para que consumieras drogas esta vez?»
- «¿Qué afectó a tu capacidad para tomar tu medicación?»
- «¿Puedes estar orgulloso de no haber fumado/consumido drogas/bebido durante los últimos 14 meses. Ha sido un gran progreso».
- «Cuéntame qué pasó. ¿Qué conclusiones extraes?»
- «Puede ser muy útil saber qué no funcionó. ¿Qué puedes aprender de esta recaída?»
- «¿Qué podrías hacer de manera diferente la próxima vez?»
- «Lo tienes todo para conseguir cambiar; lo has hecho antes y puedes volver a hacerlo».
- «¿Cuál es el próximo paso?»
- «Una recaída no es un fracaso».

Taken from 'Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change. Mountain Plains AIDS Education and Training Centre and the Terrence Higgins Trust 'Motivational Interviewing: Tools and Techniques' training course.

Título informal del ejercicio:

Conocimiento y uso del tratamiento como prevención (TasP por sus siglas en inglés, TpC por sus siglas en castellano; o I=I, indetectable=intransmisible), PrEP, PPE y autotest o autotoma de muestras para hombres gais, bisexuales y otros HSH

Ámbito/grupo de estudio:
Prevención

Objetivo o propósito del ejercicio:
Aumentar el acceso a la prevención, incluidos los servicios de pruebas, para el VIH, las ITS y las hepatitis víricas entre los HSH y subgrupos prioritarios. Este ejercicio permite a los participantes descubrir las nuevas tecnologías de prevención y cómo pueden aplicarlas en intervenciones dirigidas a hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes analizarán y explorarán las nuevas tecnologías de prevención (TpC o I=I=, PrEP, PPE y autotest / autotoma de muestras) y planificarán como informar a los hombres gais, bisexuales y otros HSH sobre ellas.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Lea la información sobre lo que se conoce como «nuevas tecnologías» (TpC, I=I, PrEP, PPE y autotest / autotoma de muestra y tenga en cuenta la información que estará disponible a nivel local, la situación legal y las barreras económicas que podrían condicionar su uso
- Decida qué «tecnologías» utilizar para el ejercicio. Puede usar las cuatro que se describen aquí o centrarse en una.
- Tenga en cuenta las posibles preguntas sobre la eficacia o la ética en torno a estas nuevas tecnologías y prepárese para hacer frente a ellas, y recuerde que esta formación tiene como objetivo ofrecer información sobre estas «tecnologías» y cuestionar el estigma y los malentendidos sobre su uso y quién las utiliza. Por ejemplo, muchas personas tienen problemas con la PrEP, ya que no ofrece protección contra ninguna otra ITS aparte del VIH, y se considera que los preservativos brindan cierta protección. La respuesta básica es que esto es así, y que si se implementa un protocolo adecuado, las pruebas y el protocolo para las ITS aumentan a medida que los usuarios tienen mayor acceso a la atención y tienen más probabilidades de hacerse las pruebas, tratarse y recibir información sobre lo que deben buscar.
- Lea los «7 factores de la accesibilidad» para familiarizarse con el proceso.

Consejos útiles para los moderadores:
- Deje que los conocimientos, experiencias y opiniones de los participantes guíen el debate, sin olvidar su función de proporcionar información vigente y actualizada, corrigiendo la información incorrecta y cuestionando el estigma. Si una persona decide utilizar la «tecnología», es su decisión y no la nuestra. Nuestra función es informarle de cómo acceder y usar la «tecnología» que prefiere para que se sienta segura.

Método: (70 minutos)

1. Pregunte al grupo su opinión sobre:
   - «¿A qué nos referimos cuando hablamos de "nuevas tecnologías de prevención"?» «¿Cuáles de ellas podemos utilizar y aplicar a nivel local?»
2. Es de esperar que obtenga respuestas que incluyan TpC, PrEP, PPE, autotest y autotoma de muestras.
3. Comparta las diapositivas de PowerPoint con el grupo, explicándoles las nuevas tecnologías que ha escogido usar y cómo pueden enlazarse y apoyarse entre sí, por ejemplo, PrEP y TpC combinadas para prevenir el VIH, etc. Comparta con ellos también la diapositiva sobre los 7 factores de la accesibilidad.

Tratamiento como prevención (TpC)
- También conocido como I=I o indetectable=intransmisible
- Cuando las personas con VIH siguen un tratamiento efectivo y tienen una carga viral indetectable, no pueden transmitir el VIH a otra persona durante las relaciones sexuales. Aún no disponemos de datos suficientes para garantizar que este también sea el caso para los consumidores de drogas intravenosas que compartan instrumentos/agujas.
- El tratamiento contra el VIH detiene la reproducción del virus y reduce la cantidad de VIH en la sangre. La cantidad de VIH se mide mediante un análisis de sangre que recibe el nombre de prueba de carga viral.
- Cuando alguien tiene una carga viral indetectable, significa que casi no hay presencia de VIH en sus fluidos corporales.
- Si no hay apenas presencia de VIH en el semen, el VIH no se puede transmitir durante las relaciones sexuales, aunque no se use preservativo.
- No todas las personas que siguen un tratamiento tienen una carga viral indetectable, especialmente si han comenzado el tratamiento en los últimos seis meses, lo han iniciado tarde o se saltan dosis.

PrEP o profilaxis preexposición
- La PrEP es un fármaco que se toma para proteger a la persona contra el VIH. Es extremadamente eficaz si se toma correctamente. La PrEP solo protege contra el VIH.
- Uno de los principales fármacos aprobados para usar como PrEP es Truvada. La PrEP también está disponible en una fórmula genérica, a veces sin marca, que contiene los mismos ingredientes que Truvada y funciona de la misma forma. Ambos contienen 2 fármacos activos: tenofovir y emtricitabina
- La dosis cuando se necesite (o dosis basada en eventos) y 4 píldoras por semana son métodos adecuados únicamente para el sexo anal.
- La PrEP diaria y la PrEP de vacaciones son los únicos métodos de tomar PrEP adecuados tanto para sexo anal como vaginal o frontal, y es el método recomendado tanto para las personas trans como para aquellas con hepatitis B crónica.

PEP o profilaxis preexposición
- Tratamiento de un mes contra el VIH que se toma como máximo 72 horas tras el supuesto riesgo de infección.
- Se recomienda iniciar la PPE lo antes posible después del supuesto riesgo de infección, idealmente en las primeras 24 horas.
- Se utiliza principalmente para lesiones profesionales por pinchazo de aguja, y cuando un preservativo se rompe o no se utiliza con una pareja sexual de estado serológico desconocido o diferente.

Autotest y autotoma de muestras

- Autotoma de muestras del VIH: kit que permite al usuario tomar una muestra de sangre o saliva, enviarla a un laboratorio de pruebas y recibir los resultados por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.
- Autotest del VIH: kit para obtener una muestra de sangre o saliva, analizar la prueba con el kit y obtener el resultado.
- Muchos países han aprobado el uso de kits de autotoma de muestras y autotest.
- En algunos países también hay disponibles kits de autotest o autotoma de muestras para algunas ITS.

Los 7 factores de la accesibilidad

- Conocimiento: del «producto» y cualquier problema asociado; y de las organizaciones y servicios involucrados en el suministro tanto de la información del producto como del propio producto.
- Accesibilidad: al «producto», y a las instituciones asociadas, servicios y partidarios involucrados.
- Asequibilidad: del producto; tanto para el profesional como el usuario; y de cualquier servicio asociado.
- Idoneidad: de un producto para la situación de la persona, en función de las conversaciones con los usuarios sobre si se cumplirían sus necesidades.
- Adecuación: ¿se satisfacen las necesidades de los usuarios?
- Aceptabilidad: ¿es el producto aceptable para el usuario en función de sus necesidades físicas, emocionales, psicológicas y culturales?
- Disponibilidad: ¿está el producto disponible para el usuario? ¿Existen obstáculos financieros o legales?

4. Comunique al grupo que ahora desarrollarán una intervención de información en torno a una nueva tecnología.
5. Divida a los participantes en grupos de 3-5 personas.
6. Comparta la tarea con los grupos: «Deben obtener información sobre la tecnología escogida: TpC, PrEP, PPE o autotest/autotoma de muestras para un público de HSH». Anímelos a usar los «7 factores de accesibilidad» para plantearse cuestiones como:
   - ¿Qué información queréis transmitir a los hombres gais, bisexuales y otros HSH sobre esa tecnología o herramienta preventiva?
   - ¿Cuál es el mejor entorno o formato para transmitir la información al público? Pensad en lo que sabéis acerca de los HSH a nivel local y en lo que funciona con ellos.
   - ¿Cómo podéis derivar a los hombres a los servicios apropiados o señalizar más información? ¿Podéis proporcionarles información o acceso a la «tecnología» a través de la organización?
   - ¿Cómo lidiaríais con los riesgos relacionados con la desinformación o el estigma en torno a esa «tecnología» que los HSH puedan escuchar de sus amigos u otras fuentes?
   - Ayudar a los HSH a incorporar la tecnología preventiva en sus estrategias sexuales. ¿De qué formas prácticas podemos ayudar a los HSH?
7. En función de si ha decidido centrarse en una o varias «tecnologías», puede asignar a cada grupo que trabaje en todas ellas o pedirles a los grupos que escojan una «tecnología», asegurándose de que se cubran todas.
8. El grupo tendrá entre 40 y 50 minutos para completar la tarea.

Comentarios facilitados: (30 minutos)

Una vez transcurrido el tiempo asignado (o antes, si todos los grupos han completado la tarea), pida a los grupos que compartan sus ideas y conversaciones.

Anime a los grupos a compartir sus ideas teniendo en cuenta los 7 factores de accesibilidad y a incluir la siguiente información:

- ¿Qué opciones tomaron en materia de entornos, información proporcionada y derivaciones?
- ¿Por qué tomaron esas decisiones?
- ¿Qué problemas o dificultades identificaron?
- ¿Qué les resulto fácil o más fácil de lo que pensaban en un primer momento?

Anime al grupo a leer el módulo de aprendizaje en línea del ejercicio si quieren obtener más información sobre estas «tecnologías» y, a continuación, concluya el ejercicio.

Materiales de soporte en línea

Prevención

Conocimiento y uso del tratamiento como prevención (TcP), indetectable = intransmisible (I=I), PrEP, PPE y autotest o autotoma de muestras para HSH.

Ahora analizaremos lo que a veces se conocen como nuevas tecnologías de prevención: el tratamiento como prevención (TpC), la profilaxis preexposición (PrEP), la profilaxis postexposición (PPE) y el autotest/autotoma de muestras.

Tratamiento como prevención (TpC)

«El tratamiento contra el VIH ha demostrado ser beneficioso tanto para la salud individual como para disminuir el riesgo de transmisión a las parejas de la persona infectada.

La transmisión sexual del VIH de una persona seropositiva a su pareja está relacionada con las concentraciones de VIH en el tracto y los fluidos genitales. Reducirlas, es el mecanismo por el cual el tratamiento antirretroviral (TAR) disminuye el riesgo de transmisión sexual del VIH.

Los estudios que evaluaron la transmisión del VIH se llevaron a cabo principalmente en parejas heterosexuales discordantes en VIH y han demostrado que el tratamiento de las personas con VIH puede reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH a su pareja en más del 90 %.

Los resultados del estudio PARTNER, que incluía parejas serodiscordantes de HSH, han confirmado estos hallazgos para la población de HSH al no detectar ningún episodio de transmisión vinculada al VIH en hombres infectados con VIH y una carga viral por debajo del límite de detección. Se estima que la mayoría de las transmisiones del VIH entre HSH en el Reino Unido se producen antes de que se diagnostique a la pareja seropositiva. Por lo tanto, las principales iniciativas para programas de prevención y atención del VIH en la UE/EEE se centrarán en lograr una frecuencia de pueblas alta y periódica para aquellos HSH de mayor riesgo, y en facilitar el acceso y cumplimiento del tratamiento entre aquellos con resultados positivos.

Los nuevos datos del estudio Partner II, que se centraron en parejas de HSH serodiscordantes, respaldan los hallazgos del estudio Partner original. Ninguno de los estudios observó infecciones vinculadas a la genética mientras la pareja seropositiva tomaba antirretrovirales y las parejas mantenían relaciones sexuales sin preservativo ni utilizar profilaxis preexposición (PrEP). En estos estudios, la supresión viral se definió como menos de 200 copias de ARN del VIH por mililitro de sangre. La mayoría de los participantes seropositivos tenían menos de 50 copias de ARN del VIH por mililitro de sangre. Las parejas en ambos estudios realizaron más de 100 000 actos sexuales sin preservativo ni PrEP, y las estimaciones del riesgo de transmisión con sus correspondientes intervalos de confianza del 95 % se presentan como un 0,00 de riesgo (0,00-0,24) por cada 100 años-pareja. Por eso podemos asegurar que indetectable=intransmisible, y que las parejas seropositivas que reciben un tratamiento eficaz no pueden transmitir el VIH.»

(extraído del Centro Nacional para la prevención del VIH/SIDA, las hepatitis víricas, las ITS y la tuberculosis, EE. UU., diciembre de 2018)

«Una explicación sencilla que puede resultar útil para explicar el tratamiento como prevención es:

- Cuando las personas con VIH toman antirretrovirales y tienen una carga viral indetectable, es extremadamente improbable que transmitan el VIH a otra persona.
- El tratamiento contra el VIH detiene la reproducción del virus y reduce la cantidad de VIH en la sangre. La cantidad de VIH se mide mediante un análisis de sangre que recibe el nombre de prueba de carga viral.
- Cuando alguien tiene una carga viral indetectable, significa que casi no hay presencia de VIH en sus fluidos corporales.
- Si no hay apenas presencia de VIH en el semen (y los fluidos vaginales) es extremadamente improbable que el VIH se transmita durante las relaciones sexuales, incluso si no se utilizan preservativos.

- No todas las personas que siguen un tratamiento tienen una carga viral indetectable, especialmente si han comenzado el tratamiento en los últimos meses, lo han iniciado tarde o se saltan dosis.»

Pre-exposure prophylaxis (PrEP)

«La PrEP es un método para reducir el riesgo de infección por VIH en adultos seronegativos con alto riesgo de exposición al VIH. El tratamiento incluye el uso de antirretrovirales orales para evitar que el virus se convierta en una infección permanente. Los niveles detectables de drogas en la sangre tienen correlación con el efecto profiláctico, lo que pone de manifiesto la importancia de cumplir la PrEP.

Los resultados finales de la ampliación de un gran ensayo clínico (iPrEX OLE) realizado entre HSH y mujeres trans revelaron que un buen cumplimiento de la PrEP estaba asociado con una reducción del 84 % del riesgo de infección por VIH.

Pese a que se esperaba que el uso abierto y fuera de ensayo de la PrEP lograra una eficacia menor, el ensayo UK PROUD, en el que participaron 545 HSH que se asignaron aleatoriamente a grupos de PrEP diaria inmediata o diferida, obtuvo una reducción del 86 % para los hombres del grupo de PrEP inmediata y tasas equivalentes de ITS rectales y alto uso del preservativo en ambos grupos durante el transcurso del ensayo, lo que indica que los hombres habían incorporado la PrEP a las estrategias de reducción de riesgo existentes.

El estudio francés Ipergay, en el que participaron 400 HSH, también probó una reducción del 86 % en la infección por VIH en los HSH que tomaban PrEP intermitente (dos comprimidos entre 2 y 24 horas antes de practicar sexo, un comprimido 24 horas después y un comprimido 48 horas después de la primera dosis) en comparación con el grupo placebo. Se logró una alta eficacia a pesar de que solo el 43 % de los HSH afirmó haber tomado la PrEP de forma óptima durante su última relación sexual.

Estos estudios proporcionan evidencia sólida sobre la eficacia de la PrEP e indican que se debe valorar seriamente su inclusión en las «herramientas de prevención del VIH», especialmente para aquellos HSH con mayor riesgo de contraer una infección.

La OMS ha incluido una nueva recomendación sobre el uso de la PrEP en HSH como opción de prevención adicional como parte de un paquete integral de prevención del VIH, en las directrices consolidadas para la prevención del VIH, publicadas en julio de 2014. EE. UU. la recomienda desde 2012, aunque la aplicación en muchas áreas ha sido más lenta de lo previsto.

La alta eficacia de la PrEP a la hora de reducir el riesgo de infección sexual por VIH se ha demostrado recientemente en varios ensayos aleatorios controlados, incluidos dos conducidos en Europa con HSH. En julio de 2016, la Agencia Europea de Medicamentos recomendó conceder la autorización de comercialización para el uso de medicamentos antirretrovirales para la PrEP; la Comisión Europea aprobó esta recomendación en agosto de 2016.

Actualmente, dos países europeos, Francia y Noruega, proporcionan la PrEP a través de sus servicios de sanidad públicos. Sin embargo, aún no existe un consenso claro en Europa sobre la forma de aplicar la PrEP.»

Post-exposure prophylaxis (PEP)

«La profilaxis postexposición basada en ARV está aprobada para su uso en Europa y debe iniciarse lo antes posible después de una exposición de riesgo al VIH, pero siempre dentro de las primeras 48-72 horas. El tratamiento debe continuarse durante 28 días, a menos que se determine que la persona es seronegativa.

Se ha demostrado sistemáticamente que la PPE reduce la transmisión del VIH en estudios con animales, y se lanzó inicialmente para reducir la transmisión relacionada con lesiones por pinchazos con agujas. Por razones éticas, no se ha realizado ningún ensayo con control aleatorio. Los estudios observacionales muestran una protección coherente, pero en distintos grados.

Además de la PPE ocupacional y la PPE en casos de agresión sexual, en la mayoría de los países, también se recomienda la PPE a las personas que han mantenido sexo anal sin preservativo con una pareja de estado serológico desconocido y que solicitan atención médica en las primeras 48-72 horas.

El uso más habitual de la PPE no ocupacional es en parejas serodiscordantes (donde la pareja índice no toma antirretrovirales) por rotura o fallo del preservativo. Estados Unidos y la mayoría de las directrices europeas también consideran específicamente que las personas que han mantenido sexo anal receptivo sin protección con un hombre homosexual o bisexual de estado serológico desconocido son aptas para recibir la PPE.

Dado que la medicación antirretroviral también conlleva un riesgo de eventos adversos, se deben sopesar las ventajas individuales de la PPE frente a los riesgos, y en los países donde está disponible la PPE, se trata de una decisión clínica basada en las ventajas para la persona, en lugar de una medida estricta basada en directrices.

La PPE no se ha asociado con un aumento en el comportamiento sexual de alto riesgo entre los HSH, y rara vez se ha promovido como principal método de prevención entre el colectivo de HSH. En la mayoría de los países europeos, pocos HSH conocen la PPE o cómo acceder a ella, lo que indica que no se trata de una intervención de prevención de primera línea.

Un estudio danés indicó solo un modesto aumento en las solicitudes de PPE a pesar de que su colectivo de HSH la conoce y puede acceder fácilmente al tratamiento. Un estudio que evaluó el programa de PPE de Ámsterdam reveló una tendencia similar, con un aumento muy moderado de la solicitud de PPE. No obstante, el 75 % de estas solicitudes fueron de HSH.

En EMIS 2010, menos del 2 % de los encuestados en 26 de los 38 países incluidos admitieron haber tenido acceso a la PPE; el resto de los países indicaron un uso ligeramente mayor, presentando los encuestados en Francia el uso más alto, aunque solo del 9 %.

El bajo uso de la PPE en la mayoría de los entornos europeos podría explicarse por su escaso conocimiento o la baja necesidad percibida de la intervención. El acceso también es una cuestión importante; en la encuesta EMIS 2010, aproximadamente un tercio de los países europeos comunicaron que no se podía acceder a la PPE de forma gratuita.

En toda Europa, la frecuencia con la que se plantea y prescribe el uso de la PPE para la prevención del VIH varía ampliamente. Los HSH que están expuestos al VIH, independientemente del motivo, tienen derecho a ser informados sobre todas las posibles intervenciones, incluido saber qué es la PPE y dónde se puede obtener. Los hallazgos de EMIS 2010 sugieren que los accidentes con preservativos y la falta constante de información sobre cómo usarlos correctamente, más que la falta de cuidado, están asociados con la exposición al VIH y la experiencia relacionada de la PPE.

Autoridades como el ECDC han sugerido claramente que se debe promover el conocimiento sobre la PPE entre los HSH, y que la PPE se debería proporcionar en clínicas dedicadas a los HSH o la salud sexual, de ser viable. Se debe ofrecer la PPE a los HSH que hayan practicado sexo sin preservativo con una pareja seropositiva de carga viral desconocida y, además, a HSH que hayan mantenido sexo anal receptivo con una pareja de estado serológico desconocido y soliciten atención médica en las primeras 48-72 horas.»

Autotoma de muestras y autotest del VIH

«La autotoma de muestras del VIH consiste en un kit que permite al usuario tomar una muestra de sangre o saliva por sí mismo, enviarla a un laboratorio de pruebas y recibir los resultados por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.

El autotest implica que el paciente obtenga una muestra por sí mismo, como un frotis de fluido bucal, lleve a cabo la prueba y, a continuación, interprete el resultado. Algunos países han aprobado o están en proceso de aprobar la venta de kits de autotest del VIH.

El Reino Unido se convirtió en el primer país en iniciar la venta de pruebas caseras en abril de 2015. Estos kits permitirán a las personas obtener sus propias muestras y realizar las pruebas en casa, obteniendo el resultado en un plazo de entre 15 y 40 minutos.

El autotest podría aumentar la frecuencia de las pruebas debido a su disponibilidad y fácil acceso, pero requiere una cuidadosa garantía de calidad para minimizar los falsos positivos y falsos negativos, así como vías bien definidas para acceder a las pruebas y el asesoramiento confirmatorio con el fin de garantizar el vínculo con la atención sanitaria y el acceso a prevención y apoyo.

Las nuevas directrices de la OMS recomiendan que los países aumenten la gama disponible de estrategias innovadoras de autotest del VIH para aumentar la aceptación de las pruebas. Hasta la fecha, la utilización del autotest y la autotoma de muestras es relativamente limitada en Europa.

De acuerdo con la base de datos «Barring the way to health», la autotoma de muestras del VIH (es decir, tomar una muestra en casa y enviarla a un laboratorio para que la evalúen) es legal en cinco de los países que se incluyeron en EMIS 2010: Bélgica, Irlanda, Países Bajos, Suiza y el Reino Unido.

El autotest del VIH (es decir, tomar una muestra y realizar la prueba en casa) es legal en Francia, donde se puede comprar un producto aprobado. En el Reino Unido, el autotest se legalizó en abril de 2014 y el primer kit de autotest del VIH se lanzó al mercado en abril de 2015. Los resultados iniciales muestran que el 75 % de las pruebas se vendieron a personas que viven fuera de las zonas urbanas y que la mitad de los usuarios que compraron el kit no se habían hecho la prueba del VIH con anterioridad.

La demanda de pruebas estaba estrechamente vinculada con influencias externas (por ejemplo, el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA o la Semana Nacional del SIDA), registrándose aumentos en la demanda cuando el VIH salía en prensa o se anunciaba el kit en redes sociales.

El análisis cualitativo entre los HSH del Reino Unido reveló que el principal beneficio percibido del autotest (y, en menor medida, de la autotoma de muestras) era un mayor anonimato para aquellas personas preocupadas por su privacidad y confidencialidad a la hora de realizar las pruebas en persona. El autotest también se percibió como potencialmente beneficioso para aquellos que aún no habían salido del armario, como hombres jóvenes, hombres que también tenían relaciones con mujeres, hombres que vivían en zonas rurales y hombres que pertenecían a comunidades étnicas y culturales donde la actividad homosexual seguía siendo tabú. Las desventajas percibidas del autotest incluían el temor a recibir un resultado reactivo sin apoyo personal inmediato, las dudas de los hombres sobre su capacidad para realizar la prueba y el precio (los kits de autotest son de pago en el Reino Unido), considerando que las pruebas son gratuitas en otros lugares, incluido la autotoma de muestras.

Fuera de Francia y el Reino Unido, la legalización y la disponibilidad del autotest del VIH son limitadas en Europa. En Bélgica, se permite la venta de kits de autotest, pero desde mediados hasta finales de 2016 no había productos disponibles oficialmente a la venta en el mercado, y según las políticas actuales, la sanidad belga no cubre el coste de la prueba. En los Países Bajos, se han publicado directrices sobre el uso de las pruebas de autotest, pero no se ha establecido una política pública y no se han aprobado estas pruebas. En Alemania, las disposiciones legales actuales no permiten la venta de kits de autotest, que se consideran «dispositivos médicos», por lo que deben ser administrados por un profesional sanitario. Según la base de datos de «Barring the way to health», el autotest es legal en varios países de Europa del Este (República Checa, Estonia, Moldavia, Polonia, Rumanía, Rusia, Ucrania), pero no se ha verificado la precisión de estos datos con los puntos de contacto del país.

Por lo que se refiere a España, puede ampliarse la información sobre el autotest del VIH en los siguientes enlaces del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.»

Taken from ECDC: HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC 2015 and the Terrence Higgins Trust website.

Título informal del ejercicio:

«Intervenciones de primera línea»: trabajar con HSH mediante intervenciones de información y asesoramiento individuales y en grupo; entrevistas motivacionales y asesoramiento y pruebas de VIH e ITS en entornos comunitarios

Ámbito/grupo de estudio:
Prevención

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes explorar y aumentar sus conocimientos en torno al asesoramiento individual y en grupo, cómo proporcionar información (incluido el trabajo de divulgación realizado en línea), la entrevista motivacional, el cambio terapéutico (asesoramiento) y las pruebas del VIH e ITS en entornos comunitarios.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes explorarán la gama de intervenciones de prevención de primera línea y la experiencia del grupo para proporcionarlas.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Decida si quiere centrarse en una de las intervenciones o en un par. No merece la pena abarcar la entrevista motivacional si ya ha realizado la sesión práctica que cubre esas competencias. Este debate se basa más bien en las diferencias entre el asesoramiento y la entrevista motivacional.
- Identifique ejemplos de trabajo para las intervenciones que haya escogido, incluidos ejemplos en internet.
- Si existen directrices, protocolos o límites «locales» sobre las intervenciones que ha elegido, averigüe cuáles son y cómo afectan al trabajo.
- Lea los 5 factores de los servicios de pruebas del VIH y piense si siguen siendo pertinentes para todos los HSH, especialmente en entornos comunitarios.

Consejos útiles para los moderadores:
- Este ejercicio resulta más adecuado para personas que son nuevas en el trabajo que se realiza con los hombres gais, bisexuales y otros HSH en relación con el VIH y la salud sexual, en lugar de trabajadores ya experimentados.
- Estos ejercicios ayudan a compartir la experiencia y las competencias de las personas del grupo con el que está trabajando, por lo que se trata de hablar sobre lo que sucede, qué podría suceder y cuáles son las mejores prácticas en su área local, en lugar de «esta es la única forma posible».

Ejercicio: Ofrecer información o asesoramiento individual o en grupo, incluida la divulgación en línea.

Método: (30 minutos)

1. Comunique al grupo que analizarán información y asesoramiento tanto individual como en grupo, y que también incluirán trabajos efectuados en internet.
2. Pida al grupo que comparta sus opiniones y experiencias en torno a lo que entienden como asesoramiento individual o en grupo, o facilitar información.
3. Enumere las distintas definiciones en una hoja del rotafolio.
4. Si lo considera útil, muestre las diapositivas de PowerPoint que contienen información sobre las definiciones básicas.

Individual o en grupo: información o asesoramiento

- Proporcionar información o asesoramiento a una persona o grupo de personas en torno a una gran variedad de cuestiones sociales o personales.
- Divulgación en línea: realizar esta tarea en un foro de internet a través de un sitio web o una aplicación en línea.
- Por lo general, se trata de una intervención única.

5. Pida al grupo que comparta ejemplos de una intervención típica de asesoramiento o información individual o en grupo:
   - ¿Qué tipo de información o consejos se ofrecen? (¿consejos sobre qué?)
   - ¿Dónde se ofrecen estas intervenciones? ¿En qué entornos?
   - ¿Qué recursos son necesarios para ayudar?
   - ¿Cómo podemos mejorar lo que hacemos? ¿Han presenciado ejemplos de trabajo de otros lugares?
6. Pregunte al grupo si alguno de los participantes tiene experiencia con el asesoramiento o el trabajo de información a través de internet.
7. De ser así, ¿pueden indicar cómo lo hacen y en qué se diferencia del trabajo presencial?
8. De no ser así, ¿en qué consideran que se diferencia del trabajo presencial?
9. Con ambas preguntas, busca problemas como:
   - No puedes ver a la persona con la que hablas, por lo que no se pueden interpretar las expresiones faciales ni el lenguaje corporal
   - La persona con la que hablas podría pensar que le estás diciendo lo que debe hacer
   - Puede resultar más difícil hacer y responder preguntas cuando escribes o envías mensajes que cuando hablas con alguien.
10. Comente al grupo que encontrará más información sobre el asesoramiento y la información individual y en grupo en el módulo de aprendizaje en línea de este ejercicio.

Ejercicio: Explorar la entrevista motivacional, el cambio terapéutico personal o en grupo (asesoramiento/grupos).

Método: (30 minutos)

1. Comunique al grupo que analizarán la entrevista motivacional y el trabajo terapéutico individual y en grupo.
2. Pida al grupo que comparta sus ideas sobre lo que es la entrevista motivacional y anótelas en una hoja del rotafolio. Pueden ser definiciones amplias, no tienen que ajustarse exactamente a lo que dice el rotafolio.
3. Pida al grupo que comparta sus ideas de lo que es el cambio terapéutico individual y en grupo y anótelas en una hoja del rotafolio. De nuevo, puede tratarse de ideas o pensamientos amplios.
4. Comparta las diapositivas de PowerPoint que contienen información sobre las definiciones.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es un modelo de tratamiento breve diseñado para ayudar a las personas poco motivadas a cambiar y hacerles comprender la necesidad del cambio mediante la autoidentificación de conductas de riesgo.

Trabajo terapéutico personal (asesoramiento)
Ayudar y guiar a los personas, especialmente por parte del personal formado y con una base profesional, a resolver cuestiones, problemas o dificultades personales, sociales o psicológicas. Por lo general, se trata de una intervención en varias sesiones, aunque también se suelen ofrecer sesiones únicas de asesoramiento junto con las pruebas de VIH.

Trabajo terapéutico en grupo (trabajo en grupo)
El trabajo en grupo describe una amplia gama de intervenciones que se ofrecen a personas con un interés común y que pueden tener muchas funciones, como transmitir información, desarrollar competencias, capacidad social y conocimientos, y resolver conflictos psicosociales.

5. Pida a los participantes del grupo que compartan cualquier ejemplo de trabajo que conozcan o desempeñen utilizando la entrevista motivacional o el cambio terapéutico, ya sea de forma personal o en grupo.
   - ¿Cuándo y dónde sucede?
   - ¿Qué diferencia hay entre el trabajo individual y en grupo?
   - ¿En qué se diferencia del asesoramiento o del trabajo informativo? ¿Se combinan ambos enfoques? ¿Se puede utilizar la entrevista motivacional en el trabajo de divulgación?
6. Puede encontrar más información sobre la entrevista motivacional en la formación de acción de calidad. Encontrará enlaces al sitio web en el módulo de aprendizaje en línea de este ejercicio. Puede remitir a los participantes a él si tienen más preguntas.

Ejercicio: Explorar las pruebas del VIH e ITS en entornos comunitarios.

Método: (30 minutos)

1. Comunique al grupo que analizaremos las pruebas del VIH e ITS en entornos comunitarios.
2. Comparta la información sobre las pruebas del VIH e ITS en entornos comunitarios a través de las diapositivas de PowerPoint.

Pruebas de VIH e ITS en entornos comunitarios

- Es posible detectar el VIH y una amplia gama de ITS mediante pruebas de muestras (sangre, saliva y orina) rápidas y en laboratorio. En muchas ciudades, estas pruebas se realizan en «checkpoints» u otros entornos comunitarios
- Las pruebas realizadas en entornos comunitarios tienen ventaja sobre las pruebas en entornos clínicos, por su vínculo con la comunidad a la que sirven. Los problemas de identificación, la homofobia y la «exclusión» se reducen en contextos comunitarios.
- Euro HIV EDAT ha desarrollado información y un kit de herramientas sobre los checkpoint y otros entornos comunitarios https://eurohivedat.eu/
  o www.msm-checkpoints.eu
- OptTEST www.opttest.eu a desarrollado información y herramientas sobre las pruebas y la vinculación a la atención sanitaria

Los 5 factores de la OMS para los servicios de pruebas del VIH

1. Consentimiento
2. Confidencialidad
3. Asesoramiento
4. Resultados correctos
5. Conexión

Orientación disponible ent: https://apps.who.int/iris/handle/10665/179870

3. Muestre la diapositiva de PowerPoint y presente al grupo la noción de los 5 factores presentados por la OMS en 2015. Según la OMS, estos 5 factores son principios que se aplican a todos los servicios de pruebas del VIH (SPV) y en «todas las circunstancias»
   - **Consentimiento**: las personas que reciben servicios de pruebas del VIH deben dar su consentimiento informado para hacerse la prueba y recibir asesoramiento. (El consentimiento verbal es suficiente; no se requiere un consentimiento por escrito). Se les debe informar sobre el proceso para las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH y sobre su derecho a rechazarlas.
   - **Confidencialidad**: los servicios de pruebas de VIH deben ser confidenciales, lo que significa que lo que hablen quien realiza las pruebas de VIH y el usuario, no debe darse a conocer a nadie más sin el consentimiento expreso de la persona que se somete a la prueba. Se debe respetar la confidencialidad, pero no se debe permitir que se refuerce el secretismo, el estigma o la vergüenza. Los asesores deben examinar, entre otras cuestiones, a quién puede querer informar la persona y cómo desea que se haga. Es recomendable compartir los resultados con la pareja o un familiar —personas de confianza—, así como con los profesionales médicos.
   - **Asesoramiento y counselling**: se puede ofrecer información previa a la prueba en un entorno grupal, pero todas las personas deben tener la oportunidad de hacer preguntas en privado si lo desean. Todas las pruebas de VIH deben ir acompañadas por un asesoramiento adecuado y de alta calidad posterior a la prueba, según el resultado específico de la prueba de VIH. Deben establecerse mecanismos de control de calidad, así como sistemas de supervisión y asesoramiento para garantizar que se preste un asesoramiento de alta calidad.
   - **Calidad**: quienes realizan pruebas del VIH deben esforzarse por proporcionar servicios de pruebas de alta calidad, y los mecanismos de calidad deben garantizar que las personas reciban un diagnóstico correcto. La garantía de calidad puede incluir medidas tanto internas como externas y recibir el apoyo del laboratorio nacional de referencia. Todas las personas que reciban un resultado reactivo al VIH deben volver a hacerse la prueba para verificar su diagnóstico antes de iniciar el tratamiento o la atención sanitaria para el VIH.
   - **Coordinación**: la coordinación con los servicios de prevención, tratamiento y atención sanitaria para el VIH debe incluir un seguimiento eficaz y adecuado, incluidos la prevención a largo plazo y el apoyo al tratamiento. Proporcionar servicios de pruebas del VIH donde no hay acceso a la atención médica o esta es limitada, incluido el acceso a los antirretrovirales, tiene ventajas limitadas para las personas con VIH.
4. Pregunte al grupo si alguien tiene experiencia en ofrecer pruebas del VIH o ITS en entornos comunitarios.
5. En caso afirmativo, pregunte a algunos participantes si siguen utilizando los 5 factores y si consideran que son factores clave u obstáculos. Por ejemplo, ¿todos los hombres gais, bisexuales y otros HSH necesitan «asesoramiento» antes y después de la prueba? ¿Se ha convertido en un obstáculo para acceder a las pruebas? Pida a los participantes que compartan tres cosas que hayan aprendido y consideren importantes a la hora de proporcionar pruebas en entornos comunitarios. Si nadie comparte información, concluya el debate o use sus propias experiencias si son pertinentes.

   Una vez finalizadas las sesiones que haya escogido, concluya el ejercicio.

Materiales de soporte en línea

Prevención

«Intervenciones de primera línea»: trabajar con HSH utilizando intervenciones de información y asesoramiento individuales y en grupo; entrevistas motivacionales y asesoramiento y pruebas de VIH e ITS en entornos comunitarios.

Ahora analizará las intervenciones que se utilizan en primera línea en materia de prevención. Hablaremos sobre proporcionar información o consejos, tanto de forma individual (cara a cara) como en grupo y en internet. A continuación, exploraremos el cambio conductual o terapéutico, incluida la entrevista motivacional, de nuevo tanto de forma individual como en grupo.

También revisaremos las pruebas del VIH e ITS en entornos comunitarios y, finalmente, otros medios de comunicación como la impresión y la retransmisión audiovisual.

En cuanto a proporcionar información y consejos, me gustaría que pensara y anotara intervenciones que utilizan entornos individuales o en grupo para ofrecer información y asesoramiento, o situaciones y entornos en los que se encuentra cuando las personas se acercan a usted (como representante de su organización) para solicitar información o asesoramiento. Piense en la variedad de información que se escoge para un público de HSH, así como en las distintas situaciones y entornos en los que se encuentra cuando le piden información o asesoramiento. También puede ser útil pensar en los recursos que necesita.

Dispone de 10 minutos para esta tarea.

Ahora vamos a reflexionar sobre internet como entorno. Al ofrecer asesoramiento o información en un entorno en línea, ¿qué cuestiones debe recordar?

¿Sugerencias, ideas?

- No hay señales visuales
- Problemas porque los mensajes se perciben como «órdenes»
- Redactar respuestas de forma satisfactoria para ambas partes
- Etc.

Ahora que ha reflexionado sobre el tema, ¿puede identificar y anotar algún ejemplo sobre el uso del entorno en línea para ofrecer asesoramiento o información? ¿Consideramos los sitios web de organizaciones dirigidos a HSH como portales de información o asesoramiento? ¿Y los chats?

Ahora hablemos sobre el cambio conductual terapéutico. En primer lugar, ¿qué entendemos por cambio conductual terapéutico? Una definición básica dice que todos los comportamientos son aprendidos, por lo que se pueden «desaprender» o cambiar los que se consideran «no saludables». El cambio conductual terapéutico se encarga de ello a través de varias terapias, como la cognitivo-conductual, para ayudar a las personas a identificar los problemas que impiden el cambio deseado y desarrollar soluciones para superar esos problemas y conseguir el comportamiento deseado. La entrevista motivacional es una herramienta de conversación que utiliza una fórmula para ayudar a los personas a identificar sus problemas y pensar y desarrollar sus propias soluciones.

Ahora que hemos revisado la definición, ¿puede identificar y anotar ejemplos de intervenciones terapéuticas individuales y en grupo; las cuestiones que pueden abarcar, las formas en que se aplican y, si conoce alguno, los modelos (como la TCC) que utilizan? De nuevo, dispone de 10 minutos para este ejercicio.

Quality Action Training: www.qualityaction.eu

Pruebas del VIH e ITS en entornos comunitarios

Es posible detectar el VIH y una amplia gama de ITS mediante pruebas de muestras (sangre, saliva y orina) rápidas y en laboratorio. Por lo general, estas pruebas se realizan en «checkpoints» u otros entornos comunitarios

Las pruebas en entornos comunitarios tienen ventajas sobre las pruebas en entornos clínicos, por su vínculo con la comunidad a la que sirven. Los problemas de identificación, la homofobia y la exclusión se reducen en contextos comunitarios.

La Organización Mundial de la Salud elaboró una guía sobre los servicios de pruebas del VIH en 2015 que incorporó la idea de los 5 factores. Estos 5 factores son principios que se aplican a todos los servicios de pruebas del VIH en «todas las circunstancias».

- **Consentimiento**: las personas que reciben servicios de pruebas del VIH deben dar su consentimiento informado para hacerse la prueba y recibir asesoramiento. (El consentimiento verbal es suficiente; no se requiere un consentimiento por escrito). Se les debe informar sobre el proceso para las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH y sobre su derecho a rechazarlas.
- **Confidencialidad**: los servicios de pruebas de VIH deben ser confidenciales, lo que significa que lo que hablen quien realiza las pruebas de VIH y el usuario, no debe darse a conocer a nadie más sin el consentimiento expreso de la persona que se somete a la prueba. Se debe respetar la confidencialidad, pero no se debe permitir que se refuerce el secretismo, el estigma o la vergüenza. Quienes prestan esta atención deben examinar, entre otras cuestiones, a quién puede querer informar la persona y cómo desea que se haga. Es recomendable que la persona comparta la información sobre los resultados con la pareja o un familiar —personas de confianza—, así como con los profesionales médicos.
- **Asesoramiento**: se puede ofrecer información previa a la prueba en un entorno grupal, pero todas las personas deben tener la ocasión de hacer preguntas en privado si lo desean. Todas las pruebas de VIH deben ir acompañadas por un asesoramiento adecuado y de alta calidad posterior a la prueba, según el resultado específico de la prueba de VIH. Deben establecerse mecanismos de control de calidad, así como sistemas de supervisión y asesoría para garantizar que se preste un asesoramiento de alta calidad.
- **Calidad**: los servicios que ofrecen pruebas del VIH, deben esforzarse por proporcionar una atención de alta calidad, y los mecanismos de calidad deben garantizar que las personas reciban un diagnóstico correcto. La garantía de calidad puede incluir medidas tanto internas como externas y recibir el apoyo del laboratorio nacional de referencia. Todas las personas que reciban un resultado reactivo de VIH deben volver a hacerse la prueba para verificar su diagnóstico antes de iniciar el tratamiento o la atención sanitaria para el VIH.
- **Coordinación**: la vinculación con los servicios de prevención, tratamiento y atención sanitaria para el VIH debe incluir un seguimiento eficaz y adecuado, incluidos la prevención a largo plazo y el apoyo al tratamiento. **Proporcionar servicios de pruebas del VIH donde no hay acceso a la atención médica o esta es limitada, incluido el acceso a los antirretrovirales, tiene ventajas limitadas para las personas con VIH.**

Euro HIV EDAT ha desarrollado información y un kit de herramientas sobre los puntos de control https://eurohivedat.eu/

OptTEST www.opttest.eu ha desarrollado información y herramientas para cuestionar la oposición a las pruebas y la vinculación a la atención sanitaria.

Lea los 5 factores de la OMS y el conjunto de herramientas en Euro HIV EDAT y responda las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipo de impacto a nivel colectivo pueden tener la asesoría y las pruebas voluntarias realizadas en entornos comunitarios?
- ¿Qué podría hacer para llegar a los HSH en riesgo y difíciles de alcanzar?
- ¿Cómo facilita el uso de los centros de pruebas en entornos comunitarios?
- ¿Cuáles son las mejores formas de crear un enfoque integral y positivo de la salud sexual para los HSH?
- ¿Cuáles son las mejores maneras de mantener en funcionamiento los servicios de pruebas en entornos comunitarios?
- ¿Existen ventajas de un entorno sobre el otro en los servicios de pruebas en entornos comunitarios?
- ¿Cuáles son las ventajas comparativas de las pruebas tradicionales frente a las rápidas?
- ¿Cuáles son las mejores formas de garantizar un seguimiento y una evaluación adecuados del servicio?
- ¿Cómo consigue que el grupo objetivo acepte el servicio?
- ¿Cómo garantiza la confidencialidad y unos servicios de asesoramiento apropiados y aceptables en un entorno comunitario? ¿En qué momentos se podría convertir el asesoramiento en un obstáculo en lugar de un facilitador?

«A la hora de desarrollar y proporcionar información a través de una serie de intervenciones, ya sea de forma impresa o en línea, puede seguir algunas recomendaciones para que sean lo más eficaces y aceptables para su grupo objetivo, incluidos los obstáculos y facilitadores de la comunicación.

Son:

Utilizar información precisa, completa y actual

Los profesionales de la sanidad pública, legisladores y profesionales en la prevención del VIH que diseñan estrategias de comunicación deben reconocer las necesidades de información y ofrecer mensajes científicamente precisos y actuales. Uno de los principales desafíos de la comunicación sobre salud es proporcionar suficiente información para que el público siga la lógica de las recomendaciones, sin perder a aquellas personas que tienen un nivel más bajo de formación en salud.

Facilitador: dar información precisa.

Obstáculo: dar demasiada información en un lenguaje complejo.

Crear confianza entre el receptor y el emisor

Un mensaje de salud exitoso depende en gran medida de la confianza entre el receptor y el emisor, ya sea una persona, una organización o una autoridad pública. Por lo tanto, es importante que el mensaje sea preciso y actualizado, y que el emisor resulte auténtico y fidedigno.

Facilitador: relación entre el proveedor de información y el receptor.

Obstáculo: desconocimiento o desconfianza del proveedor de la información por parte del receptor.

Favorecer la autoestima y el empoderamiento

Las estrategias de comunicación deben diseñarse de forma que impliquen un aumento del conocimiento del grupo objetivo para que puedan favorecer y mejorar su salud sexual.

Facilitador: información precisa y útil que promueve la autoestima y fomenta que el receptor utilice el conocimiento.

Obstáculo: confundir al público/receptores.

Adoptar un enfoque participativo

La perspectiva desde la que se comunican los mensajes es un factor importante para la promoción de la salud, especialmente en torno al sexo y los mensajes de salud sexual. Un enfoque descendente puede reforzar la inhabilitación y socavar los esfuerzos de la comunicación sobre salud.

Facilitador: permitir a los receptores formar parte del proceso de desarrollo y que se involucren con la información.

Obstáculo: decirles a las personas lo que cree que deberían hacer.

Utilizar lenguaje e imágenes aceptables

Existe evidencia empírica desde el campo de las ciencias de la comunicación que indica la importancia de utilizar un lenguaje sencillo y aceptable, combinado con imágenes apropiadas y atractivas, para llegar de manera efectiva al grupo objetivo.

Facilitador: uso de lenguaje e imágenes familiares para los receptores en el contexto adecuado.

Obstáculo: uso de lenguaje complicado e imágenes inapropiadas.»

Encontrará más información al respecto en el documento técnico del ECDC «Estrategias de comunicación para la prevención del VIH, las ITS y la hepatitis entre HSH en Europa».

2.2 Material presencial y de aprendizaje en línea

2.2.1 Prevención

- ITS: síntomas y tratamientos
- ChemSex: consumo de sustancias para la práctica sexual
- ¿Qué significa sexo más seguro en la actualidad?

Se puede acceder al material de aprendizaje en línea a través de la plataforma de formación de ESTICOM: www.msm-trainings.org.

Título informal del ejercicio:
ITS, síntomas y tratamientos

Ámbito/grupo de estudio:
Prevención

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes desarrollar sus conocimientos en torno a los síntomas y tratamientos para las ITS incluido el VIH, para hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes aprenderán más sobre la epidemiología de las ITS, los riesgos de transmisión, las opciones de prevención, los síntomas, los tratamientos y las resistencias.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Documentos impresos sobre la exposición a las ITS: síntomas reveladores, uno para cada participante, o.
- Formato Kahoot para síntomas de ITS.
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Puede enfocar este ejercicio de forma general, haciendo referencia a todas o la mayoría de las ITS identificadas, o centrarse en una ITS que pueda ser de interés local, como la hepatitis. Piense en la situación y necesidades locales.
- Puede resultarle útil leer la información del componente del módulo formativo en línea de este ejercicio para obtener más información sobre las ITS y sus tratamientos.

Consejos útiles para los moderadores:
- Además de llevar a cabo este ejercicio con los formularios de papel, siempre puede desarrollar/utilizar la plataforma de juegos Kahoot para obtener las repuestas del grupo: www.kahoot.com
- Aproveche el conocimiento del grupo y el suyo propio para conseguir las respuestas. No tiene por qué saberlo todo.
- El formulario de síntomas de las ITS que se muestra en la sección del método está rellenado con fines ilustrativos; los formularios que reciban los participantes estarán en blanco. Dispondrá de un formulario completo para verificar sus respuestas.

Método: (40 minutos)

1. Comente al grupo que explorarán la gama de ITS a las que los HSH se pueden enfrentar si tienen una vida sexual activa, identificando sus síntomas y tratamientos.
2. Explique que el ejercicio consta de dos partes: en primer lugar, analizaremos los tipos de ITS que los HSH pueden encontrarse y, a continuación, realizarán una actividad en grupos pequeños en la que deberán identificar los síntomas y las opciones de tratamiento para varias ITS.
3. En primer lugar, presente al grupo las diapositivas de PowerPoint sobre la agrupación de las ITS y cuáles de ellas son bacterianas, fúngicas, víricas o parasitarias.

Información sobre las ITS

THay cuatro grupos diferentes de infecciones que se pueden transmitir sexualmente: bacterianas, víricas, parasitarias y fúngicas.

- Los **virus** son cápsulas de material genético (ADN o ARN) envueltas en una capa protectora de proteínas. No pueden multiplicarse por sí mismos, por lo que tienen que invadir una célula «huésped» y apropiarse de su maquinaria para poder producir más partículas de virus. Las células de las membranas mucosas, como las del ano, la garganta y la uretra (conducto de la orina) son particularmente vulnerables a los ataques porque no están recubiertas por una piel protectora.
- Las **bacterias** son organismos formados por una sola célula. Son capaces de multiplicarse por sí mismos, ya que tienen la facultad de dividirse. Hay bacterias en todas partes, tanto dentro como fuera de nuestro cuerpo. La mayoría de las bacterias son completamente inofensivas, algunas de ellas son útiles y otras causan enfermedades. Algunas bacterias provocan enfermedades porque terminan en la parte equivocada del cuerpo o porque han evolucionado para invadirnos.
- Los **parásitos** son criaturas diminutas que viven sobre o dentro de otra criatura (el huésped) y se nutren de ella. Un parásito no puede vivir sin su huésped, aunque puede sobrevivir durante cierto tiempo.
- Los **hongos** son organismos parecidos a las plantas que carecen de clorofila. Como los hongos no tienen clorofila, deben absorber los nutrientes de otros organismos. A los hongos les gusta vivir en lugares cálidos, oscuros y húmedos.

Información sobre las ITS

Bacterianas	Víricas	Parasitarias	Fúngicas
Gonorrea Uretritis inespecífica Clamidia Sífilis Infecciones intestinales	Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Herpes Verrugas VIH	Ladillas Sarna	Candidiasis

4. Comente al grupo que trabajarán en parejas o en subgrupos de tres para identificar algunos de los síntomas más comunes de varias ITS. Deje claro que estos son síntomas reconocidos y que muchas personas son «asintomáticas» o no muestran ningún síntoma. Es importante aclarar este aspecto a los HSH con los que se trabaja. Una persona también puede mostrar síntomas de una infección en la zona genital y no en la garganta o el ano. Recuerde al grupo que una buena práctica para hacer pruebas de ITS es tomar muestras de la garganta y el ano, así como muestras uretrales y de sangre..
5. Divida al grupo en parejas o subgrupos de tres.
6. Pídales a los participantes que busquen la página con la hoja de trabajo sobre las ITS, Deben revisar los síntomas y colocar una X junto a los que consideren pertinentes para cada una de las ITS. Algunas de las columnas ya están completadas a modo de ejemplo.
7. Disponen de 10 minutos para esta tarea.
8. Una vez transcurrido el tiempo, vuelva a reunir el grupo.

9. El moderador debe pedir al grupo que comente sus respuestas sobre cada ITS por orden (p. ej., todas las respuestas para la gonorrea antes de pasar a la sífilis). Los grupos deberán explicar sus respuestas y debatir cualquiera de ellas que consideren incorrecta, junto con el facilitador. Pregúnteles si consideran que falta algún síntoma, y cuál sería.

   Las respuestas deberían ser similares a las siguientes:

Exposición a las ITS: síntomas de alerta, posibles síntomas

SYMPTOMS	GONORRHOEA	CHLAMYDIA	SYPHILIS
Secreción del pene	X	X	
Dolor al orinar	X	X	
Llagas o ampollas en el pene			X
Picor o escozor en el pene			
Pequeños bultos en el pene			
Secreción del ano	X	X	
Dolor en el ano o al defecar	X	X	
Llagas o ampollas en la zona del ano			X
Picor o escozor en la zona del ano			
Pequeños bultos en la zona del ano			X
Dolor de garganta	X		
Llagas o ampollas en la zona de la boca o la garganta			X
Erupción cutánea			X
Glándulas inflamadas			X
Síntomas de tipo gripal			X
Diarrea			
Pérdida de peso			
Cansancio extremo			X
Coloración amarilla en la piel y los ojos			
Excrementos pálidos u orina oscura			
Picor en el cuerpo			
Manchas blancas en la boca			

10. Cuando haya marcado todos los síntomas con el grupo, comparta la información de la diapositiva de PowerPoint sobre el tratamiento para cada uno de los grupos de ITS, comunicando al grupo que se trata de un formato de información sencillo que podrán compartir con los HSH con los que trabajan.

Opciones de tratamiento de las ITS: un enfoque sencillo

Bacterianas
- Las infecciones bacterianas se pueden tratar rápidamente con antibióticos.

Víricas
- Por lo general, no existe tratamiento para los virus, deben seguir su propio curso. Sin embargo, hay tratamientos para mantener el virus suprimido. Hay vacunas para las hepatitis A y B, por separado o conjuntas. Sin embargo, actualmente no existe vacuna para la hepatitis C, aunque hay disponible un tratamiento farmacológico conocido como antivirales de acción directa (AAD).
- No existe vacuna contra el VIH, pero sí tratamientos capaces de suprimir el virus.

Parasitarias
- Las infecciones parasitarias de la piel pueden aliviarse y tratarse con cremas y lociones de venta en la farmacia sin necesidad de receta. Para las infecciones intestinales parasitarias, el médico puede prescribir medicación antibiótica específica.

Fúngicas
- Las infecciones fúngicas se pueden aliviar y tratar con cremas y lociones que están a la venta sin necesidad de receta.

Las ITS que presentan síntomas los primeros tres días son normalmente infecciones bacterianas. Las infecciones víricas tienen periodos de incubación más largos. A veces, únicamente se manifiestan si el sistema inmunitario está debilitado o deteriorado.

11 A continuación, pídale al grupo que vuelva a sus parejas o grupos de tres y analicen la siguiente pregunta:
- «¿Cómo podría ayudar a los hombres gais, bisexuales y otros HSH a sentirse menos culpables por tener una ITS?»

12 Pida al grupo que piense en su propia experiencia. ¿Alguna vez han presenciado actitudes estigmatizantes por parte de los médicos y los trabajadores sanitarios? ¿Ocurre lo mismo con los materiales divulgativos sobre las ITS?

13 Comunique al grupo que disponen de 15 minutos para abordar este tema y proponer una solución para combatir la culpa y el estigma en torno a las ITS para los hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Cuando haya transcurrido el tiempo, haga que las parejas/grupos de tres compartan sus sugerencias. A continuación, concluya el ejercicio..

Hoja de trabajo para los participantes: Prevención de las ITS: síntomas y tratamientos

Exposición a las ITS: síntomas de alerta, posibles síntomas

SÍNTOMAS	GONORREA	LADILLAS / SARNA	CLAMIDIA	VIH	HEPATITIS C	HEPATITIS B	HEPATITIS A	HERPES	VERRUGAS	PROCTITIS INESPECÍFICA	URETRITIS INESPECÍFICA	CANDIDIASIS	SYPHILIS
Secreción del pene											X		
Dolor al orinar								X			X	X	
Llagas o ampollas en el pene								X					
Picos o escozor en el pene		X						X				X	
Pequeños bultos en el pene									X				
Secreción del ano								X		X			
Dolor en el ano o al defecar								X		X			
Llagas o ampollas en la zona del ano								X					
Picor o escozor en la zona del ano		X						X				X	
Pequeños bultos en la zona del ano									X				
Dolor de garganta													
Llagas o ampollas en la zona de la boca o la garganta								X					
Erupción cutánea		X		X									
Glándulas inflamadas				X						X	X		
Síntomas de tipo gripal				X	X	X	X	X					
Diarrea/náuseas				X	X	X	X						
Pérdida de peso				X	X	X	X						
Cansancio extremo				X	X	X	X						
Coloración amarilla en la piel y la esclerótica					X	X	X						
Excrementos pálidos u orina oscura					X	X	X						
Picor en el cuerpo		X											
Manchas blancas en la boca				X								X	

Título informal del ejercicio:
ChemSex: consumo de sustancias para prácticas sexuales

Ámbito/grupo de estudio:
Prevención

Objetivo o propósito del ejercicio:
Mejorar los conocimientos sobre el consumo de sustancias para prácticas sexuales entre gais, bisexuales y otros HSH.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes debatirán sobre el consumo sexualizado de sustancias, las drogas involucradas e identificarán los servicios adecuados para derivar a los pacientes.

Materiales necesarios:
- Diapositivas de PowerPoint.
- Tarjetas impresas de «Hablemos de drogas».
- Indicaciones impresas de «Busco ayuda y asesoramiento».
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Lea la información sobre drogas del módulo de aprendizaje en línea.
- Encuentre servicios locales centrados en el consumo de drogas y, en concreto, cualquier labor en torno al ChemSex, que se desarrolle en su entorno local. Si dispone de información y cifras, compártalas con el grupo y coméntelas mientras lee la información de las diapositivas de PowerPoint de la sección «Método».
- Prepare suficientes tarjetas para el juego «Hablemos de drogas» e indicaciones para la práctica en grupos pequeños de «Busco ayuda y asesoramiento» en función del número de participantes.

Consejos útiles para los moderadores:
- Como solo hay 14 tarjetas para el ejercicio «Hablemos de drogas», la forma de jugar dependerá del número de participantes. Si hay más de 14 participantes, anime a quienes no tengan tarjeta a hablar sobre dicha sustancia/droga. Si hay menos de 14 participantes, podrán coger más de una tarjeta. Se puede encontrar más información sobre las drogas de las tarjetas en el módulo de aprendizaje en línea; otra información sobre sustancias como la nicotina y la cafeína se localiza sin problemas en línea.
- Este ejercicio se puede enlazar con otros relacionados con el estigma y la discriminación, como Subgrupos o comunidades vulnerables de HSH y Creación de servicios libres de prejuicios, y con competencias como la Entrevista motivacional.

Método: (40 minutos)

1. Pregunte al grupo:
   - «Qué entendéis por «ChemSex»?
   - Deberán reflexionar sobre la pregunta. Puede anotar algunas de sus sugerencias en el rotafolio, pero no es imprescindible.
2. Dígale al grupo que van a jugar a «Hablemos de drogas».
   - Dígales que va a colocar una serie de tarjetas bocabajo en el suelo y, por turnos, tomarán una y la leerán.
   - Deberán debatir sobre el contenido de la tarjeta, lo que saben sobre la droga o sustancia escrita en ella, incluido el nombre por el que comúnmente se la conoce (por ejemplo, a la metanfetamina se la conoce habitualmente como «tina», aunque los nombres pueden variar según la región y el subgrupo de usuarios).
   - Si se sienten lo suficientemente cómodos, sería de utilidad saber si han consumido personalmente esa droga o sustancia. No fuerce a nadie a compartir nada que no quiera.
   - Las drogas y sustancias de las tarjetas son:

Popper	Cocaína
GHB/GBL	Metanfetamina
Ketamina	Marihuana
Cafeína	Nicotina
Alcohol	Azúcar
Mefedrona	MDMA
Speed	Ácido lisérgico o LSD

   - Coloque las tarjetas de forma que los términos queden bocabajo para que los participantes no puedan verlos y pida a un voluntario que coja la primera tarjeta.
   - Anime a todos a completar la información que falte y utilice sus propios conocimientos para ayudar.
3. Cuando se hayan utilizado todas las tarjetas, pida al grupo que forme parejas y debata sobre la siguiente pregunta:
   - «¿Cuál es la diferencia entre el consumo de drogas y la drogodependencia?»
   - Disponen de cinco minutos para comentar sus opiniones.
   - Una vez transcurridos los cinco minutos, pida a las parejas que compartan su opinión con todo el grupo y anímelos a que debatan sobre ello. Recuerde al grupo el enfoque de Reducción de daños, que consiste en disminuir el posible impacto dañino de acciones potencialmente peligrosas. Las iniciativas de reducción de daños y consumo más seguro relacionadas con el consumo de drogas incluyen, por ejemplo, programas de intercambio de jeringuillas.
4. Muestre al grupo las diapositivas de PowerPoint que hablan sobre:
   - Principales drogas utilizadas para el ChemSex
   - Cómo se usan esas drogas y cuáles son sus efectos
   - Datos de EMIS 2017 sobre el consumo de drogas en el contexto del ChemSex

ChemSex: principales drogas utilizadas: GHB/GBL

- También conocidas como G, éxtasis líquido, biberones, chorri o potes
- Drogas con efecto depresor o «depresores del sistema nervioso central»
- Tienen un efecto sedante y eufórico similar a estar ebrio
- Las sobredosis pueden ser habituales, ya que es difícil saber qué dosis resulta segura
- Se han descrito agresiones, por parte de personas que lo echan en la bebida de sus víctimas en bares y fiestas

ChemSex: principales drogas utilizadas: metanfetamina

- También conocida como tina, ice, meta, o crystal meth (no confundir con "cristal" que es un nombre popular en España para el MDMA).
- Droga altamente estimulante
- Libera norepinefrina, la hormona del «estrés», y otras hormonas que nos hacen «sentir bien», la dopamina y la serotonina, en el torrente sanguíneo.
- Aumenta la temperatura corporal, el ritmo cardíaco y la tensión arterial, por lo que se incrementa el riesgo de infarto, ictus o coma.

ChemSex: principales drogas utilizadas: mefedrona

- También conocida como mefe o miau miau
- Droga estimulante similar a las anfetaminas
- Induce la euforia, el estado de alerta, la confianza, sentimientos de empatía hacia las personas que nos rodean y provoca excitación sexual y verborrea.
- Potente efecto de bajón, con cansancio, depresión e incapacidad para concentrarse durante unos días después de tomarla. No se debe mezclar con alcohol.

ChemSex: principales drogas utilizadas: ketamina

- También conocida como keta, K o Special K
- Es una droga anestésica, también conocida por haber sido usada como tranquilizante para caballos.
- Los usuarios pueden tener delirios, alucinaciones y experiencias «extracorpóreas»
- Éstas pueden causar dificultades para tragar y respirar, y se pueden producir agresiones sexuales y físicas bajo sus efectos.

ChemSex: cómo se consumen las drogas: drogas inyectadas

- También conocido como «slam» o «slamming».
- El uso inyectado conlleva el riesgo de transmisión del VIH y la hepatitis C si se comparten agujas, cucharas, filtros o agua
- Utilice su propia jeringuilla y material de inyección, y siempre una nueva jeringuilla para cada dosis.

ChemSex: cómo se consumen las drogas: drogas esnifadas

- La cocaína, la metanfetamina, la mefedrona, el speed y la heroína son drogas que se pueden esnifar
- Conllevan el riesgo de transmisión de hepatitis C y VIH si se comparten los tubos.
- Utilice sus propios tubos, nunca billetes.

ChemSex: cómo se consumen las drogas: drogas fumadas

- La cocaína, la metanfetamina y la heroína se pueden fumar
- Conllevan el riesgo de hepatitis C si se comparten las pipas debido a las altas temperaturas, que causan ampollas en la boca.
- Utilice su propia pipa, no la comparta con nadie.

ChemSex: cómo se consumen las drogas: deglución e ingestión anal

- Las versiones líquidas y en pastilla de muchas drogas se tragan.
- El uso anal (booty bumping o inyección anal) puede irritar el revestimiento del ano, causar hemorragias y aumentar el riesgo de transmisión del VIH y la hepatitis C
- Utilizar esta vía implica tener menos control sobre las cantidades que se toman y sus efectos. Puede causar menos daños al cuerpo que otras vías, más agresivas, como la inyectada. Mida las cantidades que toma cuidadosamente y recuerde cuánto ha tomado para evitar una sobredosis.

Datos de EMIS 2017 sobre el ChemSex en Europa

En esta sección puede compartir la información sobre datos epidemiológicos que haya conseguido.

5 Dígale al grupo que ahora van a hacer una pequeña práctica en grupos pequeños en torno a algunas situaciones para tratar de acceder a los servicios como lo haría un HSH. Deberán formar parejas, y los miembros de cada pareja se turnarán para representar los papeles de la persona que quiere acceder al servicio y del profesional que lo atiende, ya sea un médico, enfermero, agente de salud, etc. Los participantes tendrán tiempo de adoptar ambos roles. La persona que intenta acceder al servicio dispondrá de un breve resumen sobre su situación y la ayuda que necesita. Cada persona de la pareja representará una situación diferente.

Los supuestos son:

Te has emborrachado más de lo normal y no recuerdas si has tomado alguna droga. Te has despertado en la cama de un chico y no recuerdas lo que pasó, así que has venido a pedir la PPE.
Llevas años consumiendo drogas los fines de semana para relajarte. Hace poco has comenzado a consumir metanfetamina, ya que te ayuda a disfrutar del sexo, pero tienes miedo de infectarte con el VIH, por lo que quieres empezar a tomar la PrEP y te gustaría hablar sobre ello con los médicos.
Llevas un tiempo practicando sexo sin preservativo de forma ocasional, pero no puedes acceder a la PrEP o permitirte comprarla en internet, y te gustaría saber cómo evitar las ITS.
Tienes miedo de contraer la hepatitis C porque a veces te gusta que te practiquen fisting y has escuchado que está relacionado con la hepatitis C. Te gustaría saber cómo practicarlo de forma más segura para no contraer la hepatitis C.
Hace poco te diagnosticaron sífilis y no entiendes por qué, si siempre utilizas preservativo cuando practicas sexo anal. La última ITS que tuviste fue gonorrea bucal hace aproximadamente 8 meses. Te gustaría saber cómo pudo pasar y cuáles son tus opciones de tratamiento.
Aunque llevas tomando metanfetamina durante más o menos un año sin problemas, hace poco te has aficionado al slamming, con el que disfrutas, pero empiezas a notar que está afectando a tu trabajo. Además, cada vez consumes más metanfetamina, que es cara, por lo que has empezado a obtener dinero como scort y hace poco te arrestaron por llevar algunas sustancias encima. Te gustaría recibir asesoramiento.
Siempre has usado preservativos porque te da miedo infectarte con el VIH. Ahora has empezado a tener relaciones sexuales sin preservativo con tu nueva pareja. Quieres mucho a este chico, pero también te sientes inseguro y asustado, y tienes problemas para hablar con él sobre el tema. Te gustaría recibir asesoramiento.

6. Pida al grupo que forme parejas y decidan quién es el «paciente» y quién el profesional o voluntario que lo atiende. Luego, entregue al «paciente» una de las situaciones y pídale que no se la enseñe a su pareja. Aconseje a quien vaya a interpretar el rol del proveedor del servicio, que piense en alguien que conozca y que tenga prejuicios sobre estos temas para utilizarlo en su ejercicio práctico. Una vez que se lo haya comentado a todas las parejas, dígales que disponen de 5 minutos para cada práctica, es decir, un total de aproximadamente 10 minutos. Recuérdeles que es momento de practicar, no de debatir lo que podrían hacer o lo que harían.
7. Cuando los grupos estén practicando, anímelos a que se metan al máximo en los papeles que están representando. Una vez transcurridos los primeros 5 minutos, pida a las parejas que intercambien los roles y proporcione una nueva situación al «paciente», pidiendo de nuevo a la persona que representa al profesional o voluntario que utilice como inspiración a una persona que tenga prejuicios en estos temas.
8. Cuando acabe el tiempo, pida a las parejas que compartan su experiencia con el grupo respondiendo a las siguientes preguntas:
   - «¿Cómo fue la experiencia desde la perspectiva del «paciente»?» «¿Qué hizo que la situación y la conversación fuera fácil y qué lo dificultó?»
   - ¿Qué consideran que podría ayudar a que la situación fuera menos intimidante para la persona que accede al servicio con el fin de disminuir la vergüenza que pueda sentir?»
   - ¿En algún momento del ejercicio se sintió aceptado desde la perspectiva del «paciente? ¿En qué momentos percibió estigma o discriminación?»
9. A medida que el grupo comparta su experiencia, vuelva a hacer hincapié en el hecho de que están trabajando para reducir el estigma y la discriminación en el trabajo que realizan, y que no se debe estigmatizar a las personas por sus decisiones. Tener una actitud estigmatizante puede suponer un obstáculo para el trabajo que hacemos, lo cual puede provocar que muchas personas no vuelvan a utilizar nuestros servicios. Ofrecer ayuda e información «neutra» basada en hechos científicos que ayude a las personas a tomar sus propias decisiones informadas resulta menos estigmatizante y consigue que la gente confíe en nosotros. No todas las personas que consumen drogas desarrollan drogodependencia o tienen un problema, y hay muchos motivos que propician el consumo de drogas y que debemos respetar, como el consumo por diversión o conductas adaptativas, como lidiar con el estrés por formar parte de una minoría, sentimientos de inferioridad, etc.
10. Una vez explicado todo esto, pida al grupo que comparta cualquier experiencia que haya tenido trabajando con hombres gais, bisexuales y otros HSH que practican el ChemSex. ¿Cómo les han ayudado, qué servicios prestan o a qué servicios los derivan?
11. Muestre la última diapositiva de PowerPoint «Cómo ayudar», que incluye un enlace a los sitios web sobre el plan de tratamiento y los primeros auxilios en materia de ChemSex de David Stuart, las páginas sobre ChemSex de 56 Dean Street y el sitio web fridaymonday de THT.

ChemSex: cómo ayudar

- Haga referencia a los servicios locales apropiados.
- Lea el módulo de aprendizaje en línea para obtener más información sobre las drogas que se utilizan y cómo consumirlas de forma más segura
- Plan de tratamiento en materia de ChemSex de David Stuart – www.davidstuart.org/care-plan
- Primeros auxilios en materia de ChemSex de David Stuart – www.davidstuart.org/chemsex-first-aid
- Páginas sobre ChemSex de 56 Dean Streets – www.dean.st/chemsex-support
- fridaymonday de THT – www.fridaymonday.org.uk

Una vez mostrada la última diapositiva, concluya el ejercicio.

ChemSex: Hablemos de drogas: tarjetas para el ejercicio

Popper	Cocaína
GHB/GBL	Metanfetamina
Ketamina	Marihuana
Cafeína	Nicotina
Alcohol	Azúcar
Mefedrona	MDMA
Speed	Ácido lisérgico o LSD

ChemSex: «Busco ayuda y asesoramiento»: diferentes situaciones para el ejercicio

Para las prácticas en grupos pequeños.

Te has emborrachado más de lo normal y no recuerdas si has tomado alguna droga. Te has despertado en la cama de un chico y no recuerdas lo que pasó, así que has venido a pedir la PPE.
Llevas años consumiendo drogas los fines de semana para relajarte. Hace poco has comenzado a consumir metanfetamina, ya que te ayuda a disfrutar del sexo, pero tienes miedo de infectarte con el VIH, por lo que quieres empezar a tomar la PrEP y te gustaría hablar sobre ello con los médicos.
Llevas un tiempo practicando sexo sin preservativo de forma ocasional, pero no puedes acceder a la PrEP o permitirte comprarla en internet, y te gustaría saber cómo evitar las ITS.
Tienes miedo de contraer la hepatitis C porque a veces te gusta que te practiquen fisting y has escuchado que está relacionado con la hepatitis C. Te gustaría saber cómo practicarlo de forma más segura para no contraer la hepatitis C.
Hace poco te diagnosticaron sífilis y no entiendes por qué, si siempre utilizas preservativo cuando practicas sexo anal. La última ITS que tuviste fue gonorrea bucal hace aproximadamente 8 meses. Te gustaría saber cómo pudo pasar y cuáles son tus opciones de tratamiento.
Aunque llevas tomando metanfetamina durante más o menos un año sin problemas, hace poco te has aficionado al slamming, con el que disfrutas, pero empiezas a notar que está afectando a tu trabajo. Además, cada vez consumes más metanfetamina, que es cara, por lo que has empezado a obtener dinero como scort y hace poco te arrestaron por llevar algunas sustancias encima. Te gustaría recibir asesoramiento.
Siempre has usado preservativos porque te da miedo infectarte con el VIH. Ahora has empezado a tener relaciones sexuales sin preservativo con tu nueva pareja. Quieres mucho a este chico, pero también te sientes inseguro y asustado, y tienes problemas para hablar con él sobre el tema. Te gustaría recibir asesoramiento.

Título informal del ejercicio:
¿Qué significa sexo más seguro en la actualidad?

Ámbito/grupo de estudio:
Prevención

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes examinar y debatir las respuestas actuales al VIH, las ITS y las hepatitis víricas.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes comprenderán mejor cuáles son las respuestas actuales al VIH, las ITS y las hepatitis víricas.

Materiales necesarios:
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Consulte el módulo de aprendizaje en línea de este ejercicio para ponerse al día sobre todas las herramientas disponibles en la actualidad para que los HSH se protejan contra las infecciones por VIH, ITS y hepatitis, incluidas las vacunas, los tratamientos y las herramientas de prevención.
- Es posible que la guía actual que se utiliza para este ejercicio y en el aprendizaje en línea no esté completamente actualizada cuando la vaya a utilizar, por lo que deberá verificar si hay nuevos datos o evidencias que se puedan utilizar.
- En el momento de redactar esta documentación, las pruebas indican que el tratamiento como prevención (TpC o I=I) solo es eficaz para prevenir la infección por VIH a través del sexo y de transmisión vertical (de madre a bebé), ya que las demás vías posibles no se pueden evaluar por cuestiones éticas. Es posible que haya nuevas pruebas disponibles al respecto cuando lleve a cabo la sesión, por lo que deberá comprobarlo.

Consejos útiles para los moderadores:
- Deje que su experiencia y las experiencias del grupo guíen los debates.

Método: (20 minutos)

1. Dígale al grupo que vamos a analizar las respuestas actuales al:
   - VIH,
   - las ITS, y
   - las hepatitis víricas (hepatitis A, B y C).
2. Divida a los participantes en grupos de entre 3 y 5 personas. Pida a los grupos que debatan sobre lo que se considera sexo más seguro en la actualidad y que anoten sus comentarios. Dispondrán de 15 minutos para debatir.
3. Si el grupo no entiende del todo el significado del concepto, mencione lo siguiente:
   - «¿Se trata solo de usar preservativos?»
   - «¿Qué otras cosas podrían hacer que el sexo entre HSH fuera más seguro?»
   - «¿Qué pasa con la hepatitis?»

Comentarios facilitados: (30–40 minutos)

1. Pida a los grupos que compartan sus debates. Es probable que los grupos comenten cosas como:
   - preservativos
   - Pruebas de detección del VIH, las ITS y las hepatitis A, B y C
   - TpC o I=I (indetectable=intransmisible)
   - PrEP
   - PPE
   - Autotest/autotoma de muestras.

   Anime a los grupos a que debatan ampliamente sobre esos «titulares» en sus conversaciones, por ejemplo:
   - Pruebas periódicas del VIH e ITS
   - Estar vacunado contra las hepatitis A y B
   - Recibir tratamiento para el VIH
   - Tratarse las ITS rápidamente y comunicarlo a las parejas
   - Hacerse las pruebas de la hepatitis C y recibir tratamiento
   - Utilizar PPE o PrEP si están disponibles
   - Medir la carga viral del VIH en caso de ser seropositivo para garantizar que sea indetectable, dado que detectable=transmisible.
2. Anote los comentarios de los grupos sobre cada «herramienta» en distintas hojas del rotafolio, es decir, una para PrEP, otra para preservativos, etc. Anime a los grupos a compartir todos los puntos recopilados sobre cada «tema» y pregunte si hay algún elemento a nivel local que afecte al acceso de los HSH a esa intervención. ¿Es la PrEP legal y gratuita? ¿Se pueden conseguir varios tipos de preservativos y lubricantes gratuitamente?
3. Una vez concluido el debate, pregunte al grupo si quiere compartir algún consejo o mensaje sobre cómo ayudar a los HSH a utilizar estas herramientas, por ejemplo, mensajes para utilizar preservativos de forma sencilla, etc. Se trata de una forma de compartir las experiencias con el grupo. Si se trata de un grupo sin demasiada experiencia, este debate no será necesario.
4. Informe al grupo de que en el módulo de aprendizaje en línea podrán encontrar mucha más información sobre cada uno de estos componentes y las pruebas sobre su eficacia. Anime al grupo a que consulte esta información. Concluya el ejercicio.

Título informal del ejercicio:
Epidemiología: Apoyar la comprensión del papel y la utilidad de los datos en el trabajo de los Community Health Workers (Agentes Comunitarios de Salud)

Ámbito/grupo de estudio:
Prevención

Objetivo o propósito del ejercicio:
Mejorar la comprensión sobre la utilidad e importancia de los datos relacionados con el trabajo realizado por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) dirigido a HSH.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes habrán examinado y discutido el uso de datos y el papel de los mismos para sustentar su trabajo.

Materiales necesarios:
- Caballete con rotafolio, blocs de notas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.
- Copia de los datos que usted ha identificado para ser usados por los participantes.

Preparación del moderador:
- Identificar y obtener datos recientes sobre un tema específico, como la incidencia de VIH o gonorrea, de una fuente como ECDC o EMIS (2010/2017), por ejemplo: https://ecdc.europa.eu/en/publications-data-gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017 y familiarícese con ellos.
- Obtenga datos locales sobre el problema que ha identificado para ayudar a centrar la discusión.
- Prepare preguntas rápidas y recordatorios sobre cómo se pueden usar los datos para ayudar a neutralizar las barreras de acceso y disminuir la estigmatización asociada a la adquisición de la enfermedad.

Consejos útiles para los moderadores:
- Este ejercicio puede vincularse con los módulos titulados “Desafiar el estigma y la discriminación” y “Conocer la comunidad con la que está trabajando”.
- Considere cómo los datos de fuentes como EMIS (2010/2017) han tenido un impacto en el trabajo realizado con y para los HSH, y comparta esa reflexión durante este ejercicio.

Método: (35 minutos)

1. Informe al grupo que a continuación analizarán algunos datos epidemiológicos para considerar tanto los datos en sí como las tendencias que los mismos indican, en torno a los temas abordados.
2. Tendrán que examinar los datos y responder dos preguntas sobre las tendencias que han identificado en los mismos:
   - «¿Por qué razones piensan que se han producido esas tendencias?"»
   - «¿Qué elementos creen que han podido influir sobre ellas?»
3. Dígale al grupo que ahora trabajarán en pequeños grupos de entre 3 y 5 personas, y que durante sus discusiones deben usar esas dos preguntas para considerar todos aquellos factores que se encuentren asociados con los datos / tendencias observados. Pídales que por favor tomen notas sobre su debate; pueden usar una hoja de papel de rotafolio o una hoja de papel normal para hacerlo.
4. Cuando hayan discutido sobre estas preguntas, deben pensar, debatir e identificar un par de ejemplos sobre cómo estos datos pueden usarse para influir en el trabajo en marcha o desarrollar un nuevo trabajo.
5. Pídales que formen grupos de entre 3 y 5 personas (o distribúyalos en esos grupos usted mismo) y dígales que tienen 20 minutos para la discusión. Puede dejarles hasta 30 minutos si están muy animados en sus conversaciones. Comience a trabajar en grupos.

Comentarios facilitados: (25-30 minutos)

1. Cuando termine el tiempo que les ha dado para la discusión, llame a los grupos pequeños y pídales que compartan con el grupo grande lo que piensan sobre las preguntas relacionadas con los datos y sobre cómo éstos podrían influir en su trabajo. Utilice sus conocimientos como facilitador, así como las preguntas rápidas que ha desarrollado, para lograr que los grupos sigan aportando ideas sobre cómo los datos pueden informar del trabajo realizado, pero también pueden ser utilizados por alguien para estigmatizar a los HSH con los que estamos trabajando.
2. Tómese alrededor de 25 a 30 minutos para recibir comentarios de todos los grupos pequeños, animando la discusión después de que cada grupo haya realizado sus comentarios ("¿El resto de grupos piensan lo mismo?" Etc.)
3. Cuando las discusiones hayan terminado, remita al grupo al módulo de E-Learning sobre Epidemiología.
4. Finalice la actividad del grupo.

Material de aprendizaje en línea

Prevención

- Comprender la dinámica epidemiológica de la infección por VIH en HSH en Europa
- Utilizar modelos de fomento de la salud para facilitar cambios conductuales

Espacios e intervenciones

- Espacios útiles para intervenciones centradas en HSH
- Mejorar la vinculación y la fidelización en la atención sanitaria
- Campañas contra el estigma: aprender de las intervenciones de VIH/SIDA y HSH/LGTBIQ+

Desarrollo de competencias

- Utilizar el marketing social para interactuar con HSH
- Crear formación a medida para los servicios especializados

Es posible acceder al material de aprendizaje en línea a través de la plataforma de formación de ESTICOM www.msm-trainings.org.

Prevención

«VIH 90-90-90»: ¿cuáles son los objetivos?

Este módulo se creó como parte del programa de formación. Se decidió no incluirlo en el material de formación final. La cascada de tratamiento 90-90-90 sigue siendo pertinente para la política y la planificación de las intervenciones de salud, pero no resulta tan práctica para el personal comunitario de salud. Por lo tanto, el módulo no está terminado, pero se puede adaptar, actualizar y utilizar según sea necesario. Podrá encontrarlo en el Anexo como documento preliminar.

2.4 Habilidades de comunicación e interpersonales

- Comunicación espalda contra espalda + Hoja de trabajo para los participantes
- Comunicación no verbal y exploración de la distancia relativa
- Comunicación a través del origami
- Seguir todas las instrucciones + Hoja de trabajo para los participantes
- Ir a una fiesta
- Escuchar sin hablar
- Samaritanos
- Conocimiento de la situación

Título informal del ejercicio:
Comunicación espalda contra espalda

Ámbito/grupo de estudio:
Habilidades de comunicación e interpersonales

Objetivo o propósito del ejercicio:
Explorar la complejidad de la comunicación entre las personas.

Resultado esperado del ejercicio:
Al finalizar el ejercicio, los participantes habrán explorado y experimentado estrategias de comunicación complejas para lograr su objetivo.

Materiales necesarios:
- Copias del diagrama y de la hoja de instrucciones, una para cada pareja de participantes
- Papel y bolígrafos para los participantes.

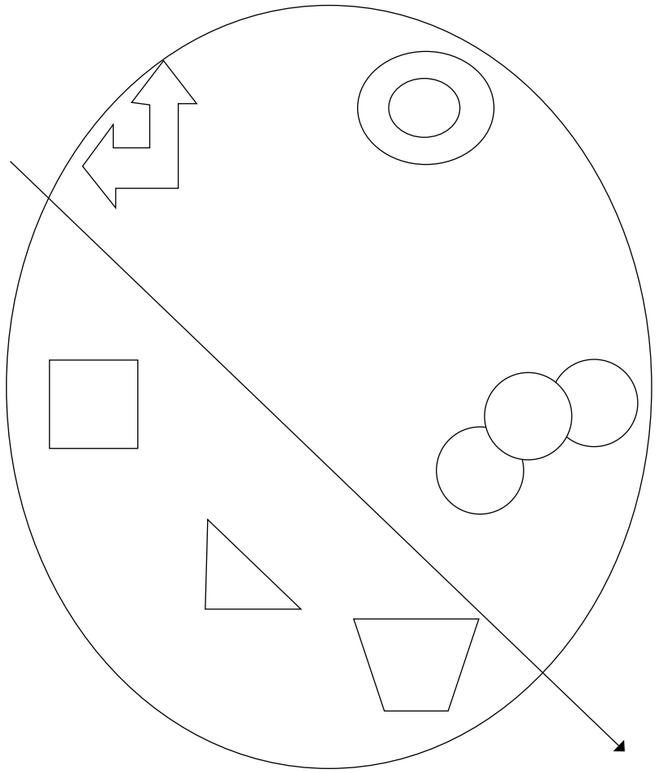
Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo prepararlo y llevarlo a cabo.

Consejos útiles para los moderadores:
- Se trata de un ejercicio muy útil para aquellos participantes que lidian con problemas complejos de comunicación en su trabajo. Puede resultar especialmente útil para aquellas personas que participan en actividades de divulgación en lugares ruidosos y oscuros, como clubes y saunas.

Método: (15 minutos)

1. Pida al grupo que forme parejas y que las parejas pongan sus sillas una contra la otra.
2. Entregue una copia del diagrama de la siguiente figura a uno de los miembros de cada pareja.
3. Explique al grupo que la persona que sostiene el diagrama es la encargada de explicar el dibujo a su compañero. El otro compañero no puede ver el diagrama, y deberá dibujar en función de las descripciones e instrucciones de su compañero. Disponen de 10 minutos para esta tarea.
4. Transcurridos los 10 minutos, detenga la actividad y pida a las parejas que comparen el resultado para ver si se parece al diagrama original.

Diagrama sugerido y hoja de instrucciones



Siéntese espalda contra espalda con su pareja
Una persona describirá lo que hay que dibujar
La otra persona dibujará esa descripción
La persona que dibuja puede hacer preguntas si no entiende las instrucciones

Comentarios facilitados: (10 minutos)

1. Pregunte a los participantes qué han aprendido sobre la comunicación con esta sencilla actividad.
2. Pregunte a los participantes en qué les puede ser útil para sus comunicaciones diarias en el trabajo.
3. Concluya el ejercicio cuando los participantes compartan su opinión o finalice el tiempo.

Información adicional:

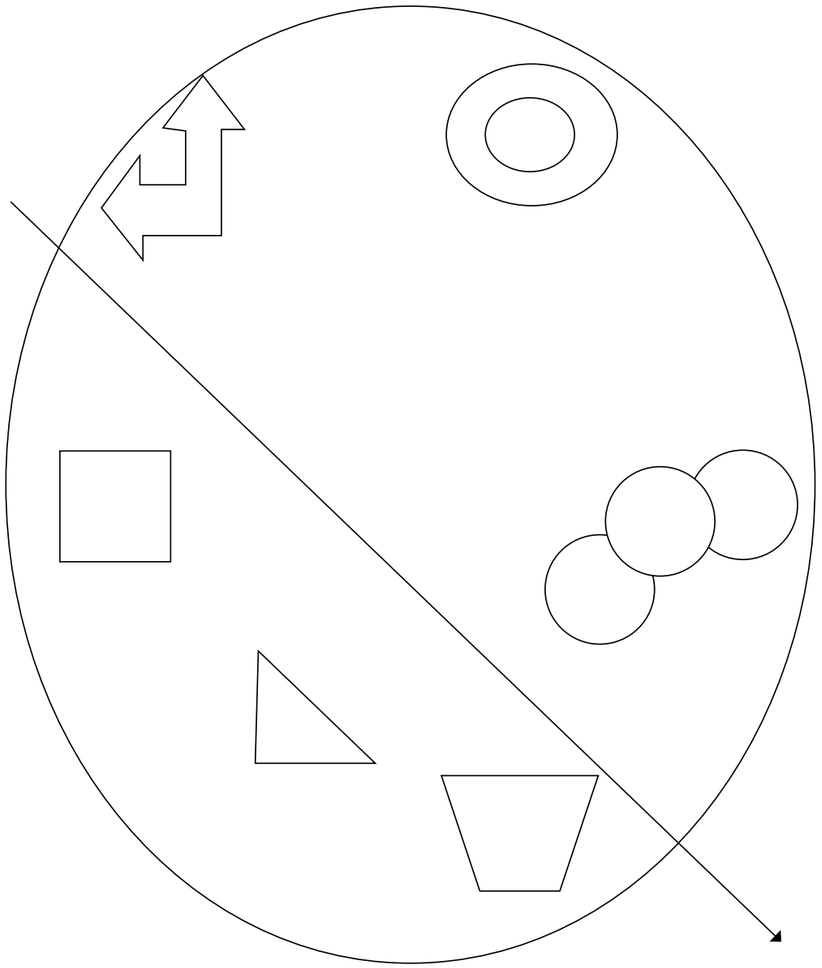
- Puede realizar la actividad más de una vez: la primera vez, no permita que los participantes que dibujan el diagrama hagan preguntas; la segunda vez, permita que hagan preguntas y pidan aclaraciones. Compare los resultados en ambos casos. Aquí puede recalcar la importancia de hacer preguntas para confirmar que se ha entendido todo y garantizar que la comunicación sea más precisa.
- Haga preguntas como: «¿Ha sido muy difícil hacer el dibujo sin poder hacer preguntas?»
- También puede intercambiar los papeles para que cada miembro de la pareja pueda describir el diagrama y también dibujarlo.

Hoja de trabajo para los participantes: Habilidades de comunicación e interpersonales:

Comunicación espalda contra espalda

Este es el diagrama que tendrás que describir. ¡Buena suerte!

Diagrama sugerido y hoja de instrucciones



Siéntese espalda contra espalda con su pareja
Una persona describirá lo que hay que dibujar
La otra persona dibujará esa descripción
La persona que dibuja puede hacer preguntas si no entiende las instrucciones

Título informal del ejercicio:
Lenguaje corporal y explorar la distancia y posición relativas

Ámbito/grupo de estudio:
Habilidades de comunicación e interpersonales

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes experimentar sus propias sensaciones sobre el lenguaje corporal, el contacto visual y problemas relacionados con el espacio personal, para ayudarlos a comprender mejor estos problemas cuando los sufren los HSH con los que trabajan.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes experimentarán y comprenderán la importancia del lenguaje corporal, aprenderán a respetar la «zona de confort» de cada persona y verán cómo influyen el contacto visual y el lenguaje corporal en las interacciones entre las personas y cómo pueden utilizar estos conocimientos en su trabajo con HSH.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para entender cómo funciona y decida si quiere añadir las actividades opcionales de la sección Información adicional.

Consejos útiles para los moderadores:
- Se trata de un ejercicio muy útil para las actividades de formación que tratan sobre comunicación entre personas, entrevista motivacional o asesoramiento.
- Necesitará un espacio libre en la sala de formación para que los participantes puedan levantarse y moverse.
- Si trabaja con personas con distintas capacidades físicas (por ejemplo, una persona va en silla de ruedas), anímelas a que hablen del lenguaje corporal y el contacto visual desde su propia experiencia.

Método: (5 minutos)

Comente al grupo lo siguiente: «El lenguaje corporal da más información que las palabras. Cuando le dices a alguien que le quieres, que estás enfadado o que te da absolutamente igual, tu expresión corporal revela tus pensamientos, estado de ánimo y actitudes. De forma consciente y subconsciente, tu cuerpo deja ver lo que realmente piensas o sientes».

1. Explique al grupo que le va a dar una serie de instrucciones y que quiere que todos las sigan lo más rápido posible.
2. Enuncie las siguientes acciones mientras las lleva a cabo:
   - Poneos la mano en la nariz
   - Dad palmadas
   - Levantaos
   - Tocaos el hombro
   - Sentaos
   - Patead el suelo
   - Cruzad los brazos
   - Poneos la mano en la boca (PERO MIENTRAS LO DICE, PÓNGASE LA MANO EN LA NARIZ)
3. Observe la cantidad de miembros del grupo que siguen lo que hace en lugar de lo que dice.

Comentarios facilitados: (5 minutos)

1. Pregunte al grupo: «¿Por qué creéis que habéis seguido lo que hacía en lugar de lo que decía?»
2. Informe al grupo de que el lenguaje corporal puede reforzar la comunicación verbal pero que, sin embargo, también puede ser más potente. Es importante ser conscientes de nuestro lenguaje corporal para garantizar que transmitimos el mensaje correcto.
3. Ahora pase a analizar la distancia relativa y el contacto visual.

Método: (20 minutos)

La distancia entre personas o espacio personal, depende mucho de la cultura, al igual que el grado de contacto visual permitido y, desde luego, la cantidad de contacto. Lo que se explora aquí es el encuentro mutuo de la mirada y el ajuste consciente de la distancia entre las parejas que se encuentran cara a cara.

Esta actividad solo necesita una sencilla presentación. Se les pide a los participantes que encuentren una distancia cómoda y exploren sus sentimientos y pensamientos sobre esa posición, pasando de una distancia a otra, cuál es su «zona de confort» y cómo se sintieron acercándose a la otra persona. No hace falta demostración. Los participantes empezarán el ejercicio rápidamente para evitar que se cree resistencia. Se debe despejar espacio suficiente en la sala para toda la clase.

1. Comunique al grupo que la idea es ser consciente de las propias reacciones y de las de la pareja a medida que se acercan poco a poco el uno al otro.
2. Pida a los participantes que se junten por parejas y dígales que vayan desplazándose desde los extremos de la sala hacia el centro, caminando uno hacia el otro.
3. Las parejas comenzarán apoyadas contra la pared de la sala y caminarán poco a poco hacia la otra persona en silencio. Pídales que piensen en sus sentimientos en cada punto y sigan manteniendo el contacto visual mientras caminan lentamente uno hacia el otro.
4. Deben seguir avanzando el uno hacia el otro hasta que casi se toquen y, a continuación, separarse hasta encontrar una distancia cómoda sin comunicarse de forma verbal. Una vez que se encuentren a una distancia mutuamente acordada, compartirán su experiencia.

Es totalmente normal y bueno que algunas personas se rían, ya que es posible que sientan vergüenza mientras negocian la distancia de forma no verbal y evalúan su experiencia en cada punto. Reírse de vergüenza no es nada malo.

Comentarios facilitados: (10 minutos)

Cuando lo hayan hecho un par de veces, comuníqueles que van a analizar su experiencia utilizando alguno de los siguientes métodos:

- Análisis por parejas: las parejas hablarán brevemente (un par de minutos, más si percibe que las charlas siguen siendo productivas) sobre la experiencia, de cómo han ido cambiando sus sensaciones a medida que avanzaban, de los puntos críticos y de cómo han llegado a un compromiso cómodo.
- Análisis grupal: los participantes seguirán de pie y compartirán con todo el grupo cualquier aspecto de su propia experiencia. Los moderadores podrán guiar las respuestas para que los participantes comenten sus experiencias y no su opinión sobre la experiencia o el ejercicio, o la opinión de sus parejas. El argumento de la «artificialidad» («se trata de una situación artificial») se puede rebatir, puesto que el ejercicio solo expone lo que sucede normalmente o se ignora en detrimento de algunas relaciones.
- Concluya el ejercicio cuando los participantes hayan compartido su opinión o finalice el tiempo.

Información adicional:

Tiene la opción de que el grupo practique más utilizando una o varias de las siguientes actividades (5 minutos cada una):

Actividad práctica 1: sobre la proximidad con otros compañeros: dado que la experiencia depende de muchos factores, entre ellos el género de las parejas y lo bien que se conocen, o la altura de los participantes, es vital repetir el ejercicio con dos o tres personas nuevas (una a la vez). Si la actividad se desarrolla con normalidad, no es necesario hacer una revisión grupal después de cada actividad y revisión en pareja. La tarea consiste en acumular datos de distintas interacciones antes de proceder al análisis.

Revisión grupal: pone de relieve las variables y las experiencias. Los participantes se colocarán de nuevo en círculo y se les pedirá que compartan de nuevo sus experiencias, esta vez relatando las diferencias y similitudes entre las diferentes parejas, sin ningún indicio de prejuicio. Se sacarán conclusiones sobre la negociación de la zona de confort y las diferentes ocasiones y relaciones en que las distancias son diferentes.

Actividad práctica 2: posición relativa: se invita a las parejas a establecer sus propios experimentos donde la posición relativa incluye la altura y los ángulos o posturas del cuerpo. Esto ayuda a reproducir las relaciones habituales entre profesionales y usuarios, como un enfermero con un paciente en la cama o un médico detrás de un escritorio. Los cambios de roles creados por los participantes pueden resultar muy didácticos si se les anima a reflexionar sobre la experiencia como si fueran el usuario y piensan en la pregunta: «¿Cómo puedo mejorar las condiciones de mi usuario para que pueda plantearme el problema como lo ve y exponer toda la información pertinente sobre su situación?». Lleve a cabo una breve revisión grupal.

Título informal del ejercicio:
Comunicación a través del origami

Ámbito/grupo de estudio:
Habilidades de comunicación e interpersonales

Objetivo o propósito del ejercicio:
Explorar y experimentar los problemas de comunicación a través de un ejercicio práctico.

Resultado esperado del ejercicio:
Al finalizar el ejercicio, los participantes habrán explorado y experimentado la complejidad de los problemas de comunicación.

Materiales necesarios:
- Papel para los participantes.
- Las tijeras son opcionales para una de las sugerencias de ejercicios alternativos.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.
- Decida si quiere llevar a cabo el ejercicio sugerido o utilizar uno de los métodos alternativos.

Consejos útiles para los moderadores:
- Se trata de un ejercicio útil para las personas que trabajan de manera presencial con hombres gais, bisexuales y otros HSH. Ayuda a explorar las complejidades de las habilidades de comunicación y a ver que una persona puede decir algo y otra entender otra cosa.
- Es una actividad rápida y sencilla que muestra cómo diferentes personas interpretan las mismas instrucciones de forma diferente y pone de relieve la importancia de una comunicación clara.

Método: (10 minutos)

1. Entregue una hoja DIN A4 a cada persona del grupo.
2. Comunique al grupo que comenzará a dar todas las instrucciones sobre cómo doblar el papel para crear un origami.
3. Explique al grupo que, mientras va dando las instrucciones, deben mantener los ojos cerrados y no se pueden hacer preguntas.
4. Comience a dar varias instrucciones para doblar y romper el papel varias veces y luego pídales que desdoblen el papel y vean qué aspecto tiene.
5. Utilice sus propias instrucciones, por ejemplo, doblar el papel dos veces, doblar uno de esos pliegues sobre sí mismo, etc. Consulte las versiones alternativas en la sección de Información adicional para obtener más sugerencias.

Comentarios facilitados: (10 minutos)

1. Una vez que el grupo haya desplegado y comparado su papel con el de los demás, puede señalar que cada papel tiene un aspecto diferente, aunque ha dado las mismas instrucciones a todos. ¿Qué quiere decir esto?
2. Pregunte al grupo si cree que los resultados habrían sido mejores si hubieran tenido los ojos abiertos o hubieran podido hacer preguntas. Comunicarse claramente no es sencillo, ya que todos interpretamos la información que recibimos de forma diferente. Por eso, es muy importante hacer preguntas y confirmar que se entiende la información para garantizar que el mensaje que se transmite no acaba distorsionado.
3. Cuando el grupo haya acabado de compartir sus comentarios (o se acabe el tiempo designado), concluya el ejercicio.

Información adicional:

Versión alternativa 1: doblar el papel
Método: (10 minutos)

1. Entregue a todos una hoja de papel. Pídales que cierren los ojos y que sigan sus instrucciones.
2. Comience a dar instrucciones sobre qué hacer con el papel, por ejemplo:
   - doblarlo por la mitad
   - doblar la esquina inferior izquierda sobre la esquina superior derecha
   - girarlo 90 grados a la izquierda
   - doblarlo de nuevo
   - rasgar o recortar un semicírculo en el medio del lado derecho
   - etc.
3. Una vez que haya dado unas cuantas instrucciones (más de 10 para que sea un éxito), pida al grupo que abran los ojos y que desdoblen su papel.
4. Aunque todos han recibido las mismas instrucciones y contaban con el mismo material inicial, casi todos tendrán un resultado diferente.

Comentarios facilitados: (10 minutos)

Pregunte al grupo a qué pueden deberse estas diferencias. Los siguientes puntos pueden ser sugerencias/respuestas útiles:
- No todos partimos de la misma base (algunos sostienen su papel en vertical y otros en horizontal), por lo que no todos obtenemos los mismos resultados.
- Algunos interpretaron el término «recortar» como quitar un trozo grande y otros, un trozo pequeño.
- Tener los ojos cerrados = no recibir comentarios sobre nuestro rendimiento.
- Algunas instrucciones pueden ser imprecisas para algunos y claras para otros.

Concluya el ejercicio cuando los participantes hayan expresado sus opiniones o finalice el tiempo.

Versión alternativa 2: cortar el papel
Método (10 minutos)

Es una actividad muy adecuada de 5-10 minutos que trata sobre la importancia de la percepción y de hacer preguntas en el proceso de comunicación. El ejercicio ilustra la importancia de dar instrucciones comprensibles a los demás y esperar comentarios para cumplir las instrucciones de forma correcta. Es divertido y hace reflexionar rápidamente.

1. Explique a los participantes que les va a dar unas instrucciones y que deben seguirlas al pie de la letra.
2. Deben seguirlas en silencio y no pueden hacer ninguna pregunta. No deben recibir ayuda de los demás ni mirar el trabajo de otras personas.
3. Si alguien hace alguna pregunta, coméntele que siga las instrucciones como le parezca conveniente.
4. Dele al grupo las siguientes instrucciones:
   - Levantad el papel.
   - Doblad el papel por la mitad.
   - Cortad (o rasgad cuidadosamente) la esquina superior derecha del papel doblado.
   - Dobladlo por la mitad de nuevo.
   - Cortad la esquina superior izquierda del papel.
   - Dobladlo por la mitad de nuevo.
   - Cortad la esquina inferior derecha del papel.
   - Dobladlo por la mitad.
   - Cortad la esquina inferior izquierda del papel.
   - Desdoblad el papel.
   - Pida a los delegados que muestren sus papeles desplegados y examinen las similitudes o diferencias.

Comentarios facilitados: (10 minutos)

Cuando haya llegado al final de las instrucciones:

- Pregunte al grupo si han obtenido patrones similares o si eran todos diferentes.
- ¿Por qué podría ser?
- ¿Eran las instrucciones lo suficientemente claras? ¿Qué faltaba?
- ¿Por qué recibir comentarios es tan importante en la comunicación? ¿Qué sucede si no hay comentarios?
- ¿Qué lecciones podemos aprender de esto?

Concluya el ejercicio cuando los participantes hayan expresado sus opiniones o finalice el tiempo.

Título informal del ejercicio:
Seguir todas las instrucciones

Ámbito/grupo de estudio:
Habilidades de comunicación e interpersonales

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes desarrollar sus habilidades de escucha y también se puede utilizar como ejercicio para «recuperar el ritmo» (ayuda a que el grupo recupere el ritmo después de un largo periodo escuchando al formador o después de almorzar, por ejemplo).

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes realizarán un ejercicio rápido (para «recuperar el ritmo») que les ayudará a mejorar sus habilidades de escucha.

Materiales necesarios:
- Instrucciones impresas para los participantes, una hoja para cada participante.

Preparación del moderador:
- Lea las instrucciones para saber cómo llevar a cabo el ejercicio, sin revelar su finalidad.

Consejos útiles para los moderadores:
- Este ejercicio resulta útil para hablar sobre cualquier trabajo presencial que se realice con hombres gais, bisexuales y otros HSH, y trata sobre la escucha activa.
- Se trata de un ejercicio divertido sobre cómo podemos caer en los patrones de comportamiento en torno a la comunicación, por lo que debe evitarse utilizar todo lenguaje que se pueda interpretar como un ataque a la inteligencia de cualquier participante. Se trata de concienciar, no de comprobar la inteligencia de los demás.

Método: (10 minutos)

Es una actividad rápida y divertida con una pequeña trampa para ver cuántos de los participantes utilizan la escucha activa y siguen la única instrucción que les dará de «leer todas las instrucciones primero» y cuántos se apresurarán a cumplir las instrucciones una por una.

Antes de comenzar la clase, asegúrese de disponer de una copia/fotocopia de la «hoja de instrucciones» de la página siguiente para todos los participantes.

1. Divida a los participantes en 3 o 4 equipos y entregue a cada participante una copia de la siguiente hoja de instrucciones.
2. Comunique a los equipos que se trata de una competición y que la primera persona en terminar de cualquiera de los equipos será declarada «ganadora». Pida a los grupos que empiecen después de darles la única instrucción de «leer todas las instrucciones primero» (sin enfatizar demasiado el mensaje).
3. Si todo el grupo realiza el ejercicio sin seguir su primera instrucción de «leer todas las instrucciones primero», pregúnteles por qué creen que ha pasado. ¿Cómo se sienten?
4. Si uno de los participantes gana porque ha leído todas las instrucciones primero, pregunte a los demás participantes por dónde van de la hoja de instrucciones. ¿Cómo se sienten?
5. Concluya el ejercicio cuando todos hayan compartido sus opiniones.

HOJA DE INSTRUCCIONES

1. Escribe todas las iniciales de los miembros de tu equipo en la esquina superior derecha de esta hoja.
2. Escribe tu nombre en tu hoja de papel.
3. Escribe el resultado de 3 + 16 + 32 + 64 aquí:
4. Subraya la instrucción 1 de arriba.
5. Verifica la hora de tu reloj con la de uno de tus compañeros.
6. Anota la diferencia de tiempo entre los dos relojes al pie de esta página.
7. Dibuja tres círculos en el margen izquierdo.
8. Haz una marca en cada uno de los círculos mencionados en la instrucción 7.
9. Firma al pie de la página
10. En el reverso de la página, divide 50 entre 12,5.
11. Cuando llegues a este punto de la prueba, levántate, siéntate y pasa a la siguiente instrucción.
12. Si has seguido cuidadosamente todas las instrucciones, grita «Sí».
13. En el reverso de la página, dibuja rápidamente cómo crees que se ve una bicicleta desde arriba.
14. Comprueba el resultado de la instrucción 10, multiplícalo por 5 y escribe el resultado en el margen izquierdo junto a esta instrucción.
15. Escribe aquí las letras del alfabeto que ocupan las posiciones 5, 10, 9 y 20:
16. Haz tres agujeros con tu lápiz/bolígrafo aquí: o o o
17. Si crees que eres la primera persona en llegar a este punto, grita «soy el primero/la primera».
18. Subraya todos los dígitos pares del lado izquierdo de la página.
19. Dibuja triángulos alrededor de los agujeros que perforaste en la instrucción 15.
20. Ahora que has leído todas las instrucciones, cumple únicamente la 1, 2, 20 y 21.
21. Levántate y di: «¡Somos el mejor equipo del mundo!»

Hoja de trabajo para los participantes: Habilidades de comunicación e interpersonales

Sigue todas las instrucciones

1. Escribe todas las iniciales de los miembros de tu equipo en la esquina superior derecha de esta hoja.
2. Escribe tu nombre en tu hoja de papel.
3. Escribe el resultado de 3 + 16 + 32 + 64 aquí:
4. Subraya la instrucción 1 de arriba.
5. Verifica la hora de tu reloj con la de uno de tus compañeros.
6. Anota la diferencia de tiempo entre los dos relojes al pie de esta página.
7. Dibuja tres círculos en el margen izquierdo.
8. Haz una marca en cada uno de los círculos mencionados en la instrucción 7.
9. Firma al pie de la página
10. En el reverso de la página, divide 50 entre 12,5.
11. Cuando llegues a este punto de la prueba, levántate, siéntate y pasa a la siguiente instrucción.
12. Si has seguido cuidadosamente todas las instrucciones, grita «Sí».
13. En el reverso de la página, dibuja rápidamente cómo crees que se ve una bicicleta desde arriba.
14. Comprueba el resultado de la instrucción 10, multiplícalo por 5 y escribe el resultado en el margen izquierdo junto a esta instrucción.
15. Escribe aquí las letras del alfabeto que ocupan las posiciones 5, 10, 9 y 20:
16. Haz tres agujeros con tu lápiz/bolígrafo aquí: O O O
17. Si crees que eres la primera persona en llegar a este punto, grita «soy el primero/la primera».
18. Subraya todos los dígitos pares del lado izquierdo de la página.
19. Dibuja triángulos alrededor de los agujeros que perforaste en la instrucción 15.
20. Ahora que has leído todas las instrucciones, cumple únicamente la 1, 2, 20 y 21.
21. Levántate y di: «¡Somos el mejor equipo del mundo!»

Título informal del ejercicio:
Ir a una fiesta

Ámbito/grupo de estudio:
Habilidades de comunicación e interpersonales

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ayudar a los participantes a desarrollar su capacidad para relacionarse con las personas y aprender a prolongar las conservaciones mediante preguntas «abiertas» en lugar de «cerradas».

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes comprenderán la diferencia entre una conversación fácil y una difícil, y aprenderán a usar preguntas abiertas para recopilar información útil para la conversación.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para comprender cómo funciona.

Consejos útiles para los moderadores:
- Comprenda cómo las preguntas «abiertas» o que permiten obtener información ayudan a que las conversaciones fluyan, en lugar de una breve respuesta «cerrada». En castellano, estas preguntas comienzan con las palabras «cómo», «cuándo», «cuánto», «por qué», «qué» o «quién». La estructura del lenguaje que utiliza para impartir la formación puede influir en cómo se coloca el énfasis o las palabras en las oraciones que se emplean.
- Necesitará espacio en la sala de formación para celebrar esta «fiesta».

Método:

Explique al grupo que van a llevar a cabo un juego en el que van a asistir a una fiesta. Durante sus conversaciones con los asistentes, deberán descubrir una cosa que no sabían de tres personas, es decir, 3 cosas en total. No puede pedirle a alguien que le diga una cosa que no sepa sin más ni decirle a nadie algo que no sepa sobre usted. Tiene que salir de forma natural en la conversación que mantengan.

1. Los participantes disponen de 15 minutos.
2. Cuando haya transcurrido este tiempo, vuelva a reunir el grupo y pregunte si la tarea ha sido fácil o difícil. Recoja sus comentarios y presente el concepto de «preguntas abiertas» (quién, cómo, qué, cuándo, dónde), preguntas que dan más información a partir de la cual desarrollar conversaciones.
3. A continuación, el grupo volverá a la fiesta y ahora tendrá que descubrir dos cosas de tres personas que no sabían antes, es decir, 6 cosas en total.
4. Los participantes disponen de nuevo de 15 minutos.
5. Asegúrese de respetar los tiempos rigurosamente, ya que el grupo generalmente encuentra este segundo ejercicio mucho más fácil y no cree que hayan tenido el mismo tiempo para ambas actividades.

Comentarios facilitados:

1. Pregunte a los grupos qué diferencias han notado (si las han notado).
2. ¿Ha sido más fácil la segunda vez? ¿Qué ha hecho que fuera más fácil?
3. Concluya el ejercicio cuando los participantes compartan su opinión o finalice el tiempo.

Título informal del ejercicio:
Escuchar sin hablar

Ámbito/grupo de estudio:
Habilidades de comunicación e interpersonales

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes ser escuchados y escuchar a alguien sin interrupciones para aprender mejor las habilidades de escucha activa.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes experimentarán lo que significa ser escuchado realmente y lo que sucede cuando no se interrumpe a alguien, y desarrollarán sus habilidades en torno a la escucha activa.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Este ejercicio es útil para ayudar con el trabajo cara a cara con hombres gais, bisexuales y otros HSH, como el asesoramiento o la entrevista motivacional, y suele resultar útil para desarrollar las habilidades comunicativas e interpersonales de los participantes.
- Lea el ejercicio al menos una vez para entender cómo ayudar a las parejas mientras trabajan, si necesitan ayuda.

Consejos útiles para los moderadores:
- Si dispone de suficiente espacio en la sala, permita que los participantes dejen mucha distancia entre sí. De lo contrario, anímelos a que se coloquen en la sala de forma que no tengan contacto visual con nadie más que con su pareja.
- Asegúrese de informar a las parejas del tiempo que han usado para que cada persona tenga 10 minutos para hablar.

Método: (25 minutos)

Se trata de una actividad que anima a los participantes a comunicar cómo se sienten acerca de un tema. Uno de los miembros de la pareja expresa su opinión. El otro miembro escucha sin hablar y luego identifica todas las veces que habría interrumpido al otro miembro si hubiera podido.

1. Pida al grupo que se sienten en parejas. Cada miembro de la pareja debe identificar un tema que le apasione y del que pueda hablar alrededor de 10 minutos. Lo ideal es el que tema no sea demasiado «controvertido», ya que temas así suelen impedir el aprendizaje.
2. Cuando habla uno de los miembros de la pareja, el otro no puede hacerlo; su tarea consiste en escuchar e identificar todas las veces que habría interrumpido si pudiera.
3. Al cabo de unos 8-10 minutos, corte a las parejas y pida al miembro que ha estado escuchando que resuma las veces que habría interrumpido al otro mientras hablaba. Dispone de aproximadamente un minuto para ello. A continuación, se intercambian los roles y se repite el proceso.

Comentarios facilitados: (10 minutos)

Cuando ambos miembros de la pareja hayan hablado y escuchado, pregúnteles:

1. ¿Cómo se han sentido los miembros que hablaban sobre la capacidad de sus compañeros para escucharles en silencio? ¿Podían entrever los pensamientos de sus compañeros por su lenguaje corporal?
2. ¿Cómo se han sentido los oyentes al no poder opinar sobre el tema? ¿Les ha resultado fácil mantenerse en silencio? ¿Qué han aprendido al no interrumpir?
3. ¿Cómo pueden aplicar lo que han aprendido en este ejercicio a su trabajo?
4. Una vez que todos hayan comentado sus opiniones o el tiempo haya terminado, concluya el ejercicio.

Título informal del ejercicio:
Samaritanos

Ámbito/grupo de estudio:
Habilidades de comunicación e interpersonales

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes explorar y aprender sobre la comunicación, la empatía y los límites a la hora de trabajar con hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes aprenderán a desarrollar la empatía con los demás para ayudar con un problema sin que la persona se vuelva dependiente.

Materiales necesarios:
- Papel y bolígrafos para los participantes.
- Sillas adecuadas para el ejercicio, es decir, que se puedan colocar espalda contra espalda y que tengan patas o brazos sólidos que hagan ruido al golpearlos.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo prepararse y trabaje con los participantes de ser necesario.

Consejos útiles para los moderadores:
- Este ejercicio resulta particularmente útil para el trabajo en línea o por teléfono, pero se puede utilizar de forma general para desarrollar habilidades interpersonales y de cuestionamiento. Útil para el asesoramiento y la entrevista motivacional.
- Necesitará espacio para mover las sillas y colocarlas respaldo contra respaldo.

Método:

Explique al grupo que:
- Los servicios de asesoramiento telefónico a menudo reciben llamadas silenciosas. A veces, antes de que alguien esté dispuesto a hablar, pasa por una fase en la que solo da toques en el teléfono. El «juego» al que van a jugar recrea esta situación.
- Cada miembro de la pareja, por turnos, simulará ser la persona que llama y que permanecerá en silencio (y, a su vez, cada miembro de la pareja simulará ser el asesor). Las respuestas a las preguntas se realizarán dando toques en el respaldo de la silla del compañero: un toque para «sí», dos toques para «no».
- El interrogador/asesor deberá ser bastante hábil para descubrir el problema. Puede resultar más fácil si propone determinar el género, la edad y el tipo general de problema del interlocutor y luego trabaja para obtener los detalles específicos. Deberá formular sus preguntas de forma que se puedan responder con «sí» y «no».
- Una vez transcurridos cinco minutos, le pedirá al interlocutor que muestre al asesor el problema que ha anotado. Luego se intercambiarán los roles.

1. Divida el grupo en parejas. Pídales que se sienten en las sillas dándose la espalda. Deben estar sentados lo suficientemente cerca para poder comunicarse dando toques en el respaldo de la silla.
2. Pida a los miembros de la pareja que piensen cada uno en un problema por el que alguien podría llamar a los samaritanos. El problema no debe ser demasiado complejo, para que la pareja pueda adivinarlo. Cuando se decida por un problema, escríbalo en su trozo de papel, pero no lo muestre al otro miembro de la pareja ni permita que lo vea.
3. Por turnos, simularán ser una persona con el problema que han identificado. Puede cambiar su edad, género y nacionalidad si quiere y considera que hace que la situación sea más realista. Los problemas pueden ser personales, familiares, financieros o legales. Las respuestas a las preguntas se realizarán dando toques en el respaldo de la silla del compañero: un toque para «sí», dos toques para «no».
4. Inicie el ejercicio, asegurándose de que los miembros dispongan de los cinco minutos que tienen antes de parar el ejercicio y hacer que compartan el problema y cambiar de rol para que la «persona que llama» se convierta en el «asesor» y viceversa.

Variación: el debate puede continuar echando un vistazo a los tipos de problemas que han expresado las personas que llaman. Podría resultar particularmente apropiado si el juego forma parte de una secuencia que busca fomentar la ayuda y la lucha contra los prejuicios y el estigma.

Comentarios facilitados:

Al finalizar el «juego», pregunte:

1. ¿Ha sido difícil descubrir el problema?
2. ¿Cómo te has sentido en tu misión de asesor al solo poder recibir respuestas monosílabas?
3. ¿Ha habido algo que la persona que llamaba quería decir, pero no ha podido? Si es así, ¿de qué se trataba?

Concluya el ejercicio una vez escuchados los comentarios.

Título informal del ejercicio:
Conocimiento de la situación

Ámbito/grupo de estudio:
Habilidades de comunicación e interpersonales

Objetivo o propósito del ejercicio:
Este ejercicio permite a los participantes desarrollar sus habilidades en torno al conocimiento, la conciencia, la comunicación y la escucha, y les ayuda a concienciarse de las situaciones en las que trabajan en su propio entorno.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes desarrollarán sus habilidades y se concienciarán de lo que sucede en los entornos en los que trabajan y con los hombres gais, bisexuales y otros HSH con los que trabajan.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para entender cómo funciona en la práctica.

Consejos útiles para los moderadores:
- Se trata de un ejercicio muy útil para las personas involucradas en tareas de divulgación y para trabajos realizados a través del teléfono y mediante la técnica de la entrevista motivacional.
- Asegúrese de disponer de suficiente espacio para que las personas muevan sus sillas para trabajar en parejas.

Método: (10–15 minutos)

Escuchar con «conocimiento de la situación» es vital en muchos campos en los que los trabajadores deben «escuchar activamente» a su «usuario» y «escanear» la zona para tomar conciencia de ella. Es un campo extremadamente difícil. Generalmente hay pocas personas que pueden escuchar activamente y ser conscientes de la situación.

A continuación le presentamos una «técnica de escuchar con conocimiento de la situación».

1. Pida a los miembros del grupo que formen parejas y que piensen en un tema que les gustaría debatir durante 2 minutos. Puede ser un tema divertido o serio.
2. Pida a las parejas que empiecen a debatir sobre el tema durante 2 minutos.
3. Una vez transcurrido el tiempo, pregúnteles sobre qué estaba hablando la pareja del lado, NO sobre lo que trataban ellos. La mayoría de las veces no pueden responder a esta pregunta.
4. Dígale al grupo que van a repetir el ejercicio.
5. Pídales que cambien de pareja **para trabajar con otra persona**, que escojan otro tema y repitan el ejercicio durante otros 2 minutos.
6. Cuando se acaben los 2 minutos, vuelva a preguntar a las parejas que compartan lo que estaba hablando la pareja de al lado. Esta vez son más capaces de comentar lo que las otras parejas estaban debatiendo.

Este juego resulta útil para enseñar a los participantes a escuchar no solo lo que le están diciendo a uno mismo, sino también lo que se comenta «en los alrededores de» una situación.

Comentarios facilitados: (10 minutos)

1. Pida al grupo que comente cuáles han sido las diferencias.
2. «¿Cómo han podido concentrarse en su propia conversación y en la de las otras parejas?»

Concluya el ejercicio cuando los participantes hayan expresado sus opiniones o finalice el tiempo.

2.5 Ejercicios para romper el hielo o recuperar el ritmo

- Torre de globos
- Me voy de acampada
- Cruzar la línea
- La cola del dragón
- Sueños
- Macedonia de frutas
- Ja, ja, ja
- ¿Cuánto usas?
- Bingo humano + Hoja de trabajo para los participantes
- Conexiones imposibles
- Hablemos de sexo + Hoja de trabajo para los participantes
- En fila
- Comienzos de frases
- Tiburones y pingüinos
- Superlativos
- Dos verdades y una mentira
- Sí, lo he hecho

Título informal del ejercicio:
Torre de globos

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Recuperar el ritmo y romper el hielo: hacer que los participantes se conozcan y se animen..

Resultado esperado del ejercicio:
Al acabar el ejercicio, los participantes se habrán animado y activado, y habrán descubierto cosas sobre los demás y generado confianza en el grupo.

Materiales necesarios:
- Varios paquetes grandes de globos.
- Un pequeño rollo de cinta adhesiva transparente para cada participante.
- Cinta métrica para medir las «torres».

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.
- Compre o consiga los materiales.

Consejos útiles para los moderadores:
- Ese ejercicio ayuda a formar equipos y determina quién piensa de forma lógica y quién emplea la teoría del caos como enfoque para resolver los problemas. Es raro que las «torres» estén formadas por más de cinco globos; normalmente llegan a la altura de los hombros de las personas que las crean.

Método: (20 minutos)

1. Pida a los participantes que formen grupos más pequeños de tres o cuatro personas.
2. Dígales que le gustaría que crearan con su grupo la torre más alta posible que pueda aguantarse por sí sola, utilizando solo los globos y la cinta adhesiva de la que disponen.
3. El grupo que se proclamará «ganador» habrá creado la torre autónoma más alta, sin ayuda de sillas, mesas, etc., y sin unirla con la cinta adhesiva al suelo, techo o paredes.
4. Vuelva a aclarar que solo se pueden utilizar los globos y que la torre debe mantenerse en pie por sí misma.
5. Los grupos disponen de diez minutos para crear sus torres. Dígales que pueden empezar.
6. Una vez transcurridos los diez minutos, puede darles cinco minutos extras de tiempo a su discreción (por lo general, si no hay atisbo de torre).
7. Transcurrido este tiempo extra, compare y mida las torres para declarar un ganador.

Comentarios facilitados: (10 minutos)

1. Analice la actividad con los grupos haciendo las siguientes preguntas:
   - ¿Qué estrategia han seguido?
   - ¿Qué retos encontraron y cómo los superaron?
   - ¿Afectó la presión del tiempo al resultado?
   - ¿Qué enfoque adoptaron y por qué?
   - ¿Qué harían diferente si pudieran repetir la actividad?
2. Los grupos normalmente siguen uno o dos enfoques: o completamente caótico o muy ordenado. Cada uno de los enfoques tiene las mismas oportunidades (50/50) de proclamarse vencedor, así que pregunte a los grupos a qué creen que podría deberse.
3. Una vez que todos hayan comentado sus opiniones o el tiempo haya terminado, concluya el ejercicio.

Información adicional:

Puede incluir algunas variaciones si los participantes ya han jugado a este juego:

- Puede dar puntos adicionales a la torre más bonita.
- Puede dar puntos adicionales a la torre más alta construida con la menor cantidad de recursos.
- Puede pedir a los participantes que creen un arco en lugar de una torre.
- Una vez que cada equipo haya creado su torre, puede pedirles que trabajen como un gran grupo para combinar sus torres en una supertorre.
- Puede aumentar la presión dando menos tiempo y haciendo una cuenta atrás.
- Puede hacer que la actividad se centre más en la comunicación dándoles 5 minutos para planificarlo todo y luego no permitiéndoles hablar mientras construyen la torre.

Título informal del ejercicio:
Me voy de acampada

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Mezcla entre ejercicio para recuperar el ritmo y romper el hielo: ayudar a los participantes a desarrollar su capacidad de pensamiento y habilidades de escucha, y eliminar cualquier tipo de inhibición mediante un juego.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes desarrollarán su capacidad de pensamiento y compartirán información entre ellos.

Materiales necesarios:

- Ninguno.

Preparación del moderador:

- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada
- Escoja qué «patrón» va a utilizar para el juego de palabras del ejercicio.
- Algunos patrones sugeridos son:
  - Cosas que empiezan por la misma letra del alfabeto, como la letra D (diamante, delfín, dinero, etc.)
  - Cosas que terminan con la misma letra del alfabeto
  - Palabras con dos vocales o consonantes dobles (carro, leer, lluvia, etc.)
  - Palabras con una cierta letra o sonido al principio de la palabra, como el sonido «K» (colegio, kilo, queso, etc.)
  - Palabras compuestas (abrecartas, pararrayos, espantapájaros, etc.)
  - Elementos del mismo color
  - Palabras con el mismo número de letras
  - Palabras encadenadas, que comienzan con la última letra de la última palabra mencionada.

Consejos útiles para los moderadores:

- Este ejercicio requiere concentración y buena memoria, por lo que no debe juzgar a aquellas personas a las que se le dé mal.
- Lo recomendable sería tener dos ideas de patrones para utilizar, ya que puede llevar un poco de tiempo hasta que todos entiendan el juego.
- Escoja los patrones en función de la edad y la composición del grupo. Algunos son más complicados que otros.

Método: (15 minutos)

1. Haga que su grupo forme un círculo. Indique claramente que patrón seguirán en primer lugar.
2. Como moderador, comenzará el juego. Diga «Me voy de acampada y voy a llevarme _____.»
3. Elija cualquier cosa que se llevaría de acampada y que siga el patrón que ha escogido. Por ejemplo, si el patrón escogido es «cosas que comienzan con la letra C», podría decir «caramelos».
4. Necesitará un patrón para que lo sigan los jugadores, pero en un principio solo lo conocerá usted antes de que empiece el juego. Esto hará que sea más difícil pensar en cosas que llevar de acampada.
5. Supongamos que el patrón es cosas que comienzan con la letra «C», así que podría decir «caramelos».
6. Los jugadores que hayan descubierto el patrón dirán cosas que comienzan con «C».
7. Al comenzar el juego, solo usted sabrá el patrón, de modo que si un participante sigue el patrón correctamente, dirá «Vale, se puede llevar de acampada». A medida que los participantes descubran el patrón, pueden unirse a usted.
8. Sin embargo, un jugador que no haya descubierto el patrón podría decir «manzanas».
9. En ese momento, usted y los jugadores que sepan el patrón dirán «no, no se pueden llevar manzanas».
10. El juego seguirá avanzando por el círculo hasta que todos los jugadores hayan descubierto el patrón. Si un jugador cree que sabe cuál es el patrón, puede comenzar su turno susurrándole cuál cree que es. Usted dirá sí o no. A veces, los jugadores piensan que conocen el patrón, pero simplemente coincide con otra cosa que han pensado.
11. Siga el juego hasta que se acabe el tiempo o haya completado dos rondas. Concluya el ejercicio.

Título informal del ejercicio:
Cruzar la línea

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para romper el hielo: este ejercicio permite a los participantes usar y desarrollar sus habilidades de influencia, negociación o persuasión.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes desarrollarán sus habilidades para influir, persuadir o negociar con las personas.

Materiales necesarios:
- Cinta adhesiva/cuerda/tiza para marcar líneas en el suelo (en función de lo que sea más apropiado para el espacio que está utilizando).

Preparación del moderador:
- ✓ Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.
- ✓ Compre o consiga los materiales necesarios.

Consejos útiles para los moderadores:
- Necesitará espacio en la sala que utiliza para llevar a cabo este ejercicio.
- Un ejercicio útil para desarrollar habilidades de influencia. Relacionado con las intervenciones de entrevista motivacional cara a cara.
- Este podría ser un buen ejercicio para hacer antes de «Trabajar en partnership o colaboración entre organizaciones LGTB y otros servicios», ya que acaba en una situación en la que todos salen ganando.

Método: (5–10 minutos)

1. Comente a los participantes que van a realizar una actividad en la que intervienen las habilidades de influencia, negociación y persuasión.
2. Prepare la actividad marcando una o varias líneas en el suelo de la sala de formación.
3. Organice a los participantes en parejas (si trabaja con un número impar de participantes, uno de los comoderadores puede intervenir y «jugar») y coloque a cada miembro de la pareja a un lado distinto de la línea. Deben situarse cerca el uno del otro.
4. Dígale al grupo que cuando diga «Ya», cada uno dispondrá de 30 segundos para persuadir a su compañero (entre sí) de que cruce a su lado de la línea. No pueden utilizar la fuerza física para hacer que su compañero cruce la línea.
5. A los 30 segundos, pare el juego (30 segundos es tiempo suficiente) y pida a los participantes que comprueben cuántos de ellos se han dejado persuadir para «cruzar la línea».
6. Pregunte al grupo:
   - ¿Qué estrategias han utilizado para convencer a su pareja de que cruzara?
   - ¿Por qué consideran que estas estrategias han sido eficaces (o no)?
7. Señale que las estrategias más eficaces consiguen que ambas partes ganen, por ejemplo: «crucemos los dos la línea para lograr ambos el objetivo»
8. Esta actividad funciona bien como parte de un programa en el que intervengan las habilidades para influenciar, persuadir o negociar. Concluya el ejercicio una vez finalizada la actividad.

Título informal del ejercicio:
La cola del dragón

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para recuperar el ritmo: animar al grupo después de una sesión larga de escucha o de debate, o después del almuerzo.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes retomarán el ritmo.

Materiales necesarios:
- Dos trapos/pañuelos de colores vistosos.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.
- Tenga en cuenta si algún participante tiene problemas de movilidad.

Consejos útiles para los moderadores:
- Asegúrese de que las personas se sienten cómodas estando al frente o a la cola de los «dragones»
- Asegúrese de que las «colas» se pueden ver y agarrar fácilmente.

Método: (5 minutos)

1. Divida el grupo en dos y pídales que se agrupen en dos «dragones», ya sea agarrándose a la cintura de los demás (cinturones de los pantalones/faldas) o a los hombros para formar una línea o «dragón».
2. La última persona de esta formación de dragón llevará un pañuelo de color vistoso en el bolsillo trasero o el cinturón: la «cola del dragón».
3. El objetivo es que uno de los «dragones» atrape la cola del otro «dragón» sin perder la suya en el proceso.
4. Juegue al menos dos rondas, pero no dedique más de 5 minutos en total al juego. Concluya el ejercicio cuando acabe el juego.

Título informal del ejercicio:
Tus sueños en la vida

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para romper el hielo: hacer que los participantes compartan información y aprendan más sobre los demás.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes se conocerán más entre sí y generarán confianza para trabajar en grupo.

Materiales necesarios:
- Caballete del rotafolio, libretas y bolígrafos.
- Papel y bolígrafos para los participantes.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.

Consejos útiles para los moderadores:
- Anime a los participantes a pensar en sus «sueños» (no relacionados con el trabajo que realizan en el momento). ¿Qué otros sueños tienen?
- Piense en sus propios «sueños» antes de llevar a cabo el ejercicio para poder ayudar a algún participante si tiene problemas.

Método: (5 minutos)

1. Comente a los participantes que deben imaginar una situación en la que nada les retiene, sin ningún impedimento ni restricciones económicas, etc:
   - ¿Qué les gustaría realmente hacer o ser?
   - ¿Cuál es su sueño secreto? Puede mantener el sueño en secreto, pero es importante pensar en él.
2. Dígale al grupo que disponen de dos o tres minutos para pensar en ello y escribir breves notas sobre su sueño.
3. Cuando todos los participantes hayan escrito sus notas, pídales que escriban cinco **razones** por las que les gustaría ser o hacer lo que dijeron (su sueño). Disponen de cinco minutos para ello.
4. Transcurridos estos cinco minutos, pida al grupo que comparta tres de sus RAZONES (no sueños) de su lista. Mientras lo hacen, anótelas en el rotafolio sin comentarlas.

Comentarios facilitados:

1. Cuando todos hayan compartido sus tres razones, pida al grupo que debata en torno al tema.
2. ¿Han notado algo especial sobre las razones? ¿Hay algunas similitudes o son todas muy diferentes? ¿Cuántas de ellas están relacionadas con lo que suponemos que hace la otra persona?
3. Otras cosas que se pueden comentar:
   - Una persona sin necesidades está muerta.
   - Las necesidades nos dan la fuerza para hacer cosas.
   - No se pueden satisfacer las necesidades por arte de magia, hay que hacer algo.
   - Las cosas a las que aspiramos para obtener satisfacción pueden llamarse objetivos. El sueño que identificó en el ejercicio es un objetivo.
4. Identificar las razones del sueño puede ayudar a lograrlo, por ejemplo:

   Sueño: Ser un jugador de fútbol/tenis profesional, etc.
   Razón: Ejercicio físico
   Me gusta aparecer en público
   Es en lo que más destaco
   Hacer que la gente me respete

Puede que no sea posible lograr este sueño, pero ¿no se podrían cumplir la mayoría de las razones siendo árbitro? Podría convertirse en un objetivo realista si el sueño no es posible por cualquier motivo.

5. Una vez que todos hayan compartido y hablado sobre sus razones, o los 30 minutos hayan acabado, concluya el ejercicio.

Título informal del ejercicio:
Macedonia de frutas (o sillas no musicales)

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para recuperar el ritmo: animar a los participantes después de una larga sesión o de un descanso de la formación, como el almuerzo.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes retomarán el ritmo.

Materiales necesarios:
- Sillas apropiadas, es decir, sillas individuales que puedan moverse fácilmente, pero sin ruedas.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.
- Decida si quiere jugar a la «macedonia de frutas» o a las «sillas no musicales» (consulte la información adicional).
- Tenga en cuenta los problemas de movilidad de los participantes: hay otros ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo más adecuados para personas que usan silla de ruedas o tienen otros problemas de movilidad.

Consejos útiles para los moderadores:
- Deberá disponer de un espacio lo suficientemente grande para crear un círculo de sillas y que todos los participantes puedan moverse alrededor.

Método: (5-10 minutos)

1. Pida a los participantes que formen un círculo con sus sillas (de cara al interior del círculo). Asegúrese de que haya tantas sillas como personas y retire dos sillas, pero asegúrese de que el círculo no sea demasiado pequeño ni dificulte demasiado el movimiento.
2. Pida a las dos personas sin sillas que se pongan de pie en el centro del círculo (usted deberá estar fuera del círculo)
3. Camine alrededor del círculo y denomine a cada persona «limón», «naranja» o «manzana» por orden (es decir, «limón, naranja, manzana, limón, naranja, manzana, etc.»), hasta que todo el mundo tenga asignado un nombre de fruta. NO olvide asignar un nombre también a las dos personas que están de pie en medio del círculo.
4. Dígale al grupo : «Voy a decir el nombre de una fruta: limón, naranja o manzana. Si menciono vuestra fruta, tenéis que levantaros y buscar otra silla. No basta con levantarse y sentarse en la misma silla, debe ser otra diferente. Si estáis en el centro del círculo y menciono vuestra fruta, debéis tratar de encontrar una silla para sentaros, pero solo si menciono la fruta. Si digo "macedonia de frutas", todos deberéis levantaros y cambiar de silla. Solo tenéis que moveros si menciono vuestra fruta o digo "macedonia de frutas". Siempre habrá dos personas en el centro del círculo que se habrán quedado sin silla».
5. Asegúrese de que todo el mundo entienda las «reglas» y empiece el ejercicio.
6. Mencione diferentes frutas de forma aleatoria y, ocasionalmente, grite «macedonia de frutas».
7. Siga el proceso hasta que el grupo se haya animado. Concluya el ejercicio.

Información adicional:

Este ejercicio para recuperar el ritmo también se conoce como «sillas no musicales», donde la persona escogida que se encuentra en el centro (solo se quita una silla del círculo, por lo que solo queda una persona en medio) elige una de las tarjetas que tiene el moderador, en la que hay escrita una actividad (puede tratarse de una actividad sexual si es apropiada para la formación).

A continuación, debe decir «Me gusta» o «No me gusta» en función de lo que le parezca la actividad, y luego nombrarla. Por ejemplo, si la actividad de la tarjeta es «nadar», podría decir «Me gusta nadar». Todos los que estén de acuerdo con la afirmación deben levantarse y buscar una silla diferente, y la persona del centro también debe tratar de conseguir una silla. La persona que no pueda conseguir silla y se quede de pie será la que tomará la siguiente tarjeta, y así de forma sucesiva.

Si solo una persona se levanta en respuesta a una afirmación, deberá ponerse de pie en medio del grupo y escoger una tarjeta. Para todo lo demás, se juega como la «macedonia de frutas», tal y como se describe más arriba.

Título informal del ejercicio:
¡Ja, ja, ja!

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para recuperar el ritmo: este ejercicio anima a los participantes a activarse y a crear confianza en el grupo.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes retomarán el ritmo.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.

Consejos útiles para los moderadores:
- Se trata de un juego divertido que podría volverse caótico, así que deberá ir con cuidado.
- Asegúrese de estar al tanto de quién juega sin reírse para encontrar un «ganador».

Método: (5 – 10 minutos)

1. Dígale al grupo que ahora van a jugar a «ja, ja, ja».
2. Haga que el grupo se siente en círculo de forma que todos puedan verse entre ellos.
3. Dígales que deben permanecer todo lo serios que puedan durante el juego.
4. Escoja a un jugador para empezar el juego. Debe comenzar el juego diciendo «ja».
5. El jugador a su derecha dirá la palabra «ja» dos veces.
6. Siguiendo este patrón, el tercer jugador (a la derecha del segundo) deberá decir «ja» tres veces.
7. El juego continúa y los jugadores deberán decir cada vez un «ja» más que la persona anterior (4, 5, 6, 7, etc.).
8. A medida que el juego avance, elimine a los jugadores que se rían o hagan algún tipo de ruido cuando no sea su turno.
9. El jugador que no se ría en todo el juego gana. Cuando encuentre al «ganador», concluya el ejercicio.

Título informal del ejercicio:
¿Cuánto usas?

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para romper el hielo: conseguir que los participantes se conozcan más y generar confianza mutua. Este ejercicio permite a los participantes saber más de los demás de una forma controlada por la propia persona.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes compartirán información sobre ellos mismos y escucharán mucha información de sus compañeros, creando vínculos y confianza dentro del grupo.

Materiales necesarios:
- Varios rollos de papel higiénico (1 para empezar).

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.

Consejos útiles para los moderadores:
- Es posible que algunas personas cojan un gran número de «hojas», por lo que vigile el tiempo. En función de las personas que asistan, es posible que tenga que reducir el número a una cierta cantidad de cosas que compartan. Intente ceñirse al tiempo provisto, moviendo a los participantes si ya tienen muchas «hojas» de papel «díganos 7 cosas…»

Método: (10 minutos)

1. Pida a los participantes que se sienten en círculo.
2. Dígales que va a pasar un rollo de papel higiénico y que deben tomar la cantidad de «hojas» de papel que normalmente usan para ir al baño.
3. Cuando todos lo hayan hecho, dígales a los participantes que por cada «hoja» de papel que hayan cogido deberán compartir con el grupo algo sobre sí mismos.
4. Todo el grupo tendrá que hacerlo, moderadores incluidos.
5. Concluya el ejercicio cuando todos los participantes hayan compartido su información.

Título informal del ejercicio:
Bingo humano

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Híbrido entre ejercicio para romper el hielo y recuperar el ritmo: hacer que los participantes se conozcan más entre sí y se animen después de una sesión larga o de una pausa de la formación, como el almuerzo, consiguiendo que se pongan en marcha y creen confianza dentro del grupo.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes estarán animados y se conocerán más entre sí.

Materiales necesarios:
- Las tarjetas del bingo que haya decidido utilizar, una para cada participante
- Bolígrafos.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.
- Decida qué «tarjetas de bingo» utilizará en función de cuántos participantes haya en la formación. Las 9 tarjetas contienen preguntas sexualmente explícitas.

Consejos útiles para los moderadores:
- En función de la «tarjeta de bingo» que se utilice, el ejercicio puede romper barreas y tabúes en torno al uso de lenguaje y actividades sexualizados, lo que permite que las personas se sientan más cómodas utilizando dicho lenguaje durante la formación. Ejercicio útil si se lleva a cabo en una sesión sobre salud sexual y lenguaje o actividades sexuales.
- Este ejercicio también se conoce como «bingo de la gente» y «la búsqueda del tesoro».

Método: (10 minutos)

1. Informe a los participantes que ahora van a jugar al «bingo humano», que es una variación del bingo, pero en lugar de sentarse y esperar, los participantes deberán caminar y hablar entre ellos para encontrar respuestas con el fin de completar su tarjeta y poder gritar «bingo».
2. Entregue a cada participante una tarjeta de «bingo» y un bolígrafo. Las tarjetas de bingo pueden ser de 3 x 3, 4 x 4 o 5 x 5 casillas y, por lo tanto, incluir 9, 16 o 25 respuestas para los participantes.
3. Comunique al grupo que deben completar su tarjeta de bingo a base de encontrar a alguien y preguntarle algo de su tarjeta, y si dicen que sí (o están de acuerdo), podrán marcar la casilla como completada con el nombre de esa persona.
4. Solo pueden preguntar una vez a una persona (por eso, es importante saber qué tarjeta y cuántas preguntas escoger).
5. Si te hacen una pregunta, es de mala educación preguntar directamente a la persona que acaba de preguntarte. Debes ser tú quien haga las preguntas, por lo que PUEDES preguntar a personas que ya te han hecho preguntas, pero no al mismo tiempo.
6. La primera persona en completar todas sus casillas gritará «bingo» y el moderador comprobará si todo está correcto y que se trata de la «tarjeta ganadora». Cuando haya declarado un «ganador», concluya el ejercicio.

Bingo humano – Tarjeta de preguntas – Sexualmente explícitas (9 preguntas)

Practicar sexo mientras me miran	**Practicar sexo con zapatos de tacón**	**Mantener relaciones sexuales en la ducha o bañera**
Ver porno mientras practico sexo	**Practicar sexo al aire libre**	**Follar por la mañana**
Que jueguen con mis pezones	**Explorar el ano con los dedos**	**Usar juguetes sexuales mientras me masturbo**

Bingo humano – Tarjeta de preguntas – Genéricas (9 preguntas)

Ha vivido en el extranjero	**Tiene una mascota**	**Le encanta el verano**
Le gusta «Star Wars»	**Come chocolate**	**Ha publicado un selfie en las últimas 24 horas**
Le gusta el kétchup	**Ha visto una ópera en los últimos 12 meses**	**Le gusta cocinar y hacer pasteles**

Bingo humano – Tarjeta de preguntas – Genéricas (16 preguntas)

Ha viajado a 5 o más países	**Ha estado en un evento deportivo profesional**	**Toca un instrumento musical**	**No le gusta el café**
Le gusta el color rosa	**Sabe silbar**	**Han escrito o pronunciado mal su nombre**	**Tiene un abuelo de otro país**
Le gusta dibujar/ pintar	**Ha llorado durante una película**	**Ha hablado con una persona famosa**	**Prefiere los aperitivos dulces a los salados**
Usa lentillas	**Tiene alergia a algo**	**Habla dos o más idiomas**	**Es más joven que tú**

Bingo humano – Tarjeta de preguntas – Genéricas (25 preguntas)

Practica 2 o más deportes	**Tiene una fobia**	**Comparte tu misma inicial**	**Es hijo/a único/a**	**No le gusta el chocolate**
Tiene 3 o más hermanos	**Tiene una «S» en su nombre**	**Sabe tocar el piano**	**Sabe ir en patines**	**Le gusta jugar con Lego**
Ha leído 3 o más libros en los últimos 3 meses	**Es vegano/a o vegetariano/a**	**Ha asistido a una obra de teatro o musical**	**Tiene más de 5 pares de zapatos**	**Dedicó 3 o más horas a los videojuegos el fin de semana pasado**
Sabe dónde nacieron sus abuelos	**Tiene el autógrafo de un famoso**	**Nunca ha subido en avión/ helicóptero**	**Le gusta cantar en el karaoke**	**Tiene un tatuaje o piercing oculto**
Ha estado en un parque de atracciones de Disney	**Prefiere el clima frío**	**Se corta el pelo él solo**	**Nunca ha jugado al Monopoly o al Twister**	**No nació en el país donde ahora vive**

Hoja de trabajo para los participantes: Habilidades de comunicación e interpersonales

Bingo humano – Tarjeta de preguntas

Practicar sexo mientras me miran	**Practicar sexo con zapatos de tacón**	**Mantener relaciones sexuales en la ducha o bañera**
Ver porno mientras practico sexo	**Practicar sexo al aire libre**	**Follar por la mañana**
Que jueguen con mis pezones	**Explorar el ano con los dedos**	**Usar juguetes sexuales mientras me masturbo**

Bingo humano – Tarjeta de preguntas

Ha vivido en el extranjero	**Tiene una mascota**	**Le encanta el verano**
Le gusta «Star Wars»	**Come chocolate**	**Ha publicado un selfie en las últimas 24 horas**
Le gusta el kétchup	**Ha visto una ópera en los últimos 12 meses**	**Le gusta cocinar y hacer pasteles**

Bingo humano – Tarjeta de preguntas

Ha viajado a 5 o más países	**Ha estado en un evento deportivo profesional**	**Toca un instrumento musical**	**No le gusta el café**
Le gusta el color rosa	**Sabe silbar**	**Han escrito o pronunciado mal su nombre**	**Tiene un abuelo de otro país**
Le gusta dibujar/ pintar	**Ha llorado durante una película**	**Ha hablado con una persona famosa**	**Prefiere los aperitivos dulces a los salados**
Usa lentillas	**Tiene alergia a algo**	**Habla dos o más idiomas**	**Es más joven que tú**

Bingo humano – Tarjeta de preguntas

Practica 2 o más deportes	**Tiene una fobia**	**Comparte tu misma inicial**	**Es hijo/a único/a**	**No le gusta el chocolate**
Tiene 3 o más hermanos	**Tiene una «S» en su nombre**	**Sabe tocar el piano**	**Sabe ir en patines**	**Le gusta jugar con Lego**
Ha leído 3 o más libros en los últimos 3 meses	**Es vegano/a o vegetariano/a**	**Ha asistido a una obra de teatro o musical**	**Tiene más de 5 pares de zapatos**	**Dedicó 3 o más horas a los videojuegos el fin de semana pasado**
Sabe dónde nacieron sus abuelos	**Tiene el autógrafo de un famoso**	**Nunca ha subido en avión/ helicóptero**	**Le gusta cantar en el karaoke**	**Tiene un tatuaje o piercing oculto**
Ha estado en un parque de atracciones de Disney	**Prefiere el clima frío**	**Se corta el pelo él solo**	**Nunca ha jugado al Monopoly o al Twister**	**No nació en el país donde ahora vive**

Título informal del ejercicio:
Conexiones imposibles

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para recuperar el ritmo: animar a los participantes después de una larga sesión o de un descanso de la formación, como el almuerzo.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes retomarán el ritmo.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.

Consejos útiles para los moderadores:
- Tenga en cuenta si algún participante tiene problemas de movilidad, para decidir qué «Conexiones imposibles» se pueden hacer.

Método: (5–10 minutos)

1. Asegúrese de que ningún participante tiene problemas para realizar ejercicio físico (se les pedirá que se muevan por la sala, no necesariamente rápido).
2. Pida a los participantes que se muevan por la sala y dígales que, cuando de una instrucción, deberán lograr esa «conexión imposible». Por ejemplo, si dice «tres codos izquierdos», los participantes deberán unirse rápidamente en grupos de tres y juntar su codo izquierdo.
3. Haga que el grupo empiece a moverse y luego dé una instrucción como «cuatro caderas».
4. Puede hacer el ejercicio con cualquier combinación, por ejemplo, «dos pies derechos», «seis rodillas», «dos hombros», «siete manos izquierdas», etc.
5. No haga más de seis combinaciones. Concluya el ejercicio cuando acabe el juego.

Título informal del ejercicio:
Hablemos de sexo

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para romper el hielo: conseguir que los participantes se conozcan más y generar confianza mutua. Este ejercicio permite a los participantes saber más de los demás de una forma controlada por la propia persona. También ayuda a romper las barreras asociadas con hablar sobre actividades sexuales.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes compartirán información sobre ellos mismos y escucharán mucha información de sus compañeros, creando vínculos y confianza dentro del grupo y derribando cualquier tabú sobre sexo y actividades sexuales.

Materiales necesarios:
- Tarjetas «Hablemos de sexo».

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.

Consejos útiles para los moderadores:
- Un ejercicio muy útil para romper el hielo a la hora de tratar con problemas de salud sexual o actividades para hombres gais, bisexuales y otros HSH.

Método: (5–10 minutos)

1. Pida a los participantes que se sienten en círculo y dígale al grupo que van a realizar un ejercicio llamado «hablemos de sexo».
2. Comunique al grupo que va a colocar algunas tarjetas bocabajo en medio del suelo y que el ejercicio funciona de la siguiente manera: de uno en uno, cada participante cogerá y mirará una tarjeta, y comentará su reacción inicial a su contenido. A continuación, deberá responder dos de las preguntas que ha escrito en el rotafolio.
3. Dígale al grupo que todos los participantes cogerán al menos una tarjeta y que es más divertido si siguen la corriente en lugar de resistirse.
4. Ahora, coloque las tarjetas bocabajo en el suelo en el medio del círculo, mientras un comoderador escribe las siguientes cuatro preguntas en el rotafolio.t.
   - «¿Lo has probado? Si no lo has hecho, ¿te gustaría?»
   - «¿Qué te excita o no de esta actividad?»
   - «¿Alguna vez lo has visto o hecho?»
   - «¿Te gustaría compartir tu experiencia con esta actividad?»

5. Cuando esté listo para continuar, busque un voluntario. Si le parece que el grupo se muestra demasiado tímido o reticente, uno de los moderadores puede empezar el ejercicio. También puede resultar útil si quiere sentar las pautas y los parámetros del ejercicio.
6. Puede fomentar los debates, respuestas, preguntas (dentro de unos límites) y la repetición del ejercicio, en función del tiempo que haya disponible. Uno de los moderadores deberá controlar el tiempo.
7. Asegúrese de que todos hayan podido participar y concluya el ejercicio cuando se quede sin tiempo o sin tarjetas.
8. Reformule el aprendizaje de este ejercicio de la siguiente forma:

   «Gracias por participar. Hacemos esto para meternos de lleno en el tema y superar cualquier respuesta que nos haga sentirnos nerviosos cuando se nos pide hablar sobre sexo o sobre nuestras actividades sexuales, especialmente en conversaciones en grupo. También es un ejercicio que destaca las distintas actividades sexuales que los hombres gais, bisexuales y otros HSH disfrutan de practicar, por lo que nos ayuda a recordarlo».

Información adicional:

Estas son las tarjetas de discusión de temas:

follamigos
glory holes
huevos depilados
a 4 patas
cock rings
69
juegos con comida
frottage, o frotamiento cuerpo a cuerpo (incluso con ropa) sin penetración
lefa
popper
ropa fetichista
mamadas
backroom sex (sexo en la trastienda o en un cuarto oscuro)
vello abdominal
azotes
lubricante
preservativos

novio
estimulación eléctrica
consoladores
Grindr, Wapo, Scruff, etc.
fisting
masaje
masturbarse / pajearse
activo
pasivo
lamer
piercings
size queen (alguien que tiene preferencia sexual por parejas bien dotadas)
lamer o comer culo
lavativa anal
plug o tapón anal
follar
anal
cottaging (encuentros sexuales anónimos con otros hombres en baños públicos)
saunas
sounding / dilatadores uretrales
scat
cuddling / abrazos
peludo
vibrador
pezones

hacer de activo
hacer de pasivo
bondage
tríos
sexo en grupo
sling
vello corporal
tortura en el pene y los huevos
besos
tortura de pezones
follar a pelo
amo/esclavo
lluvia dorada y meos
hacer el amor

Hoja de trabajo para los participantes: ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Hablemos de sexo – tarjetas de debate

follamigos
glory holes
huevos depilados
a 4 patas
cock rings
69
juegos con comida
frottage, o frotamiento cuerpo a cuerpo (incluso con ropa) sin penetración
lefa
popper
ropa fetichista
mamadas
backroom sex (sexo en la trastienda o en un cuarto oscuro)
vello abdominal
azotes
lubricante
preservativos***
novio
estimulación eléctrica
consoladores
Grindr, Wapo, Scruff, etc.
fisting
masaje
masturbarse / pajearse
activo
pasivo
lamer

piercings
size queen (alguien que tiene preferencia sexual por parejas bien dotadas)
lamer o comer culo
lavativa anal
plug o tapón anal
follar
anal
cottaging (encuentros sexuales anónimos con otros hombres en baños públicos)
saunas
sounding / dilatadores uretrales
scat
cuddling / abrazos
peludo
vibrador
pezones***
hacer de activo
hacer de pasivo
bondage
tríos
sexo en grupo
sling
vello corporal
tortura en el pene y los huevos
besos
tortura de pezones
follar a pelo
amo/esclavo
lluvia dorada y meos
hacer el amor

Título informal del ejercicio:
«En fila» o «de arriba abajo»

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Mezcla entre ejercicio para romper el hielo y recuperar el ritmo: animar a los participantes después de una larga sesión o de un descanso de la formación, como el almuerzo. En función de las «opciones de criterio» los participantes descubrirán cosas sobre ellos. Se trata de una actividad útil para grupos de 16 o más personas.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes se animarán y descubrirán cosas sobre los demás en función de las «opciones de criterio» utilizadas.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.

Consejos útiles para los moderadores:
- Tenga en cuenta si algún participante tiene problemas de movilidad.
- Este ejercicio se parece mucho a «superlativos».
- Como alternativa, utilice criterios de alineación pertinentes para el tema/taller.
- Use esta actividad periódicamente durante sesiones más largas como ejercicio rápido para recuperar el ritmo.

Método: (5–10 minutos)

1. En grupos grandes, organice a los participantes en grupos más pequeños de entre 8 y 20 personas.
1. Explique a los participantes que, cuando se les pida que formen una fila de una forma en concreto, deben hacerlo de la forma más rápida posible y, cuando un grupo acabe su fila, los miembros deberán dar una palmada para indicar que han terminado.
1. Los criterios de alineación incluyen:
   - Edad
   - Número de zapato
   - Longitud del brazo
   - Altura (de más bajo a más alto)
   - Alfabéticamente (nombre de pila)
   - Fecha de nacimiento (de enero a diciembre)
   - Número de hermanos
   - Tiempo en el trabajo actual
   - Número de mascotas
4. Cuando haya formado la cantidad de filas que considere necesarias para animar a los participantes, concluya el ejercicio.

Información adicional:

Pida a los grupos que se inventen formas de hacerle saber que ya han acabado (por ejemplo, tararear una canción, gritar, levantar las manos, etc.). Puede ser una forma de añadir diversión al ejercicio y de que sea un ejercicio nuevo cada vez que lo practique en el mismo taller.

Título informal del ejercicio:
Comienzo de frases

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para romper el hielo: animar a los participantes a que se conozcan y generar confianza mutua.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes compartirán información personal y se conocerán unos a otros.

Materiales necesarios:
- Comienzos de frases, al menos 2 por participante.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada
- Decida qué «comienzos de frases» quiere utilizar y añada los propios. Si conoce a los participantes, puede hacer que los «iniciadores» estén relacionados con los miembros del grupo.
- Antes del curso, escriba los «comienzos de frases» que quiere usar en hojas de papel.

Consejos útiles para los moderadores:
- No apunte demasiados «iniciadores». Lo ideal es que haya dos por cada participante (por ejemplo, si tiene 10 participantes, debería tener 20 «iniciadores»).
- Este ejercicio podría utilizarse junto con «Conocimiento sobre el uso de TcP, (I=I), PrEP, PPE y autotest o autotoma de muestras para HSH», utilizando algunos iniciadores de frases relacionados. Consulte la sección «Información adicional» para ver algunos ejemplos y añada más teniendo en cuenta su conocimiento y experiencia en su contexto.

Método: (10–15 minutos)

1. Haga que cada persona saque un papelito de la bolsa o recipiente y diga su nombre, lea el comienzo de la frase y la complete.
2. También puede proporcionar varias oraciones adicionales con información que coincidan con su comienzo de frase.
3. Asegúrese de que todos los participantes lean y completen por lo menos un «comienzo de frase».
4. Cuando ya haya escuchado suficientes «comienzos» o hayan pasado los 15 minutos, concluya el ejercicio.

Información adicional:

A continuación, puede ver una lista de ejemplo de comienzos de frases:

- Aunque a la mayoría de la gente no le parece...
- Soy...
- Nunca he...
- Me encanta cuando...
- Me encanta...
- Creo que tengo la mejor...
- Nunca haría algo como...
- Mi idea de la belleza es...
- Lo mejor que he hecho por mi hijo/a es...
- La mejor manera de relajarme es...
- La mejor manera de ahorrar...
- El más grande y mejor...
- Lo más gracioso que me ha pasado es...
- Lo mejor que ha hecho mi hijo/a ha sido...
- El punto más bajo...
- La decisión más importante que he tomado en la vida ha sido...
- Lo más increíble...
- Me hace reír...
- Nada me gusta más que...
- Cuando pienso en ciruelas...
- En mi país, hay pruebas de autotest para...
- En mi país, el uso de la PrEP es...

Variación:
Haga que los participantes se sienten en círculo y saquen de uno en uno un papelito de una bolsa, canasta o caja. Leerán el iniciador de la oración y deberán completarlo de uno en uno.

Título informal del ejercicio:
Tiburones y pingüinos

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para recuperar el ritmo: animar a los participantes después de una larga sesión o de un descanso de la formación, como el almuerzo.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes retomarán el ritmo.

Materiales necesarios:
- Dos hojas de papel A4.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada
- Tenga en cuenta si algún participante tiene problemas de movilidad

Consejos útiles para los moderadores:
- Necesitará bastante espacio en la sala para llevar a cabo este juego.

Método: (5–10 minutos)

1. Comunique a los participantes que ahora van a jugar a «tiburones y pingüinos», un juego muy activo. Debe ser consciente de si alguno de los participantes tiene problemas de movilidad (por ejemplo, si usa silla de ruedas o va con muletas), aunque ello no impedirá que participe en la actividad. De hecho, puede resultar más divertido si el tiburón va en silla de ruedas (y mejor aún si tararea el tema de «Tiburón»). Dígale al grupo que el objetivo del juego es seguir siendo un pingüino mientras que todos los pingüinos que le rodean se convierten en «tiburones».
2. En función del tamaño del grupo (es decir, si hay más de ocho personas), coloque las dos hojas de papel A4 en cada extremo del suelo (necesitará un espacio relativamente grande para la actividad) en el que está trabajando. Las hojas representan icebergs, y son las únicas «zonas seguras» para los pingüinos.
3. Pídale a una persona que se ofrezca voluntaria para hacer de tiburón. Su trabajo consiste en «atrapar» a los pingüinos tocándolos ligeramente (sin agarrarlos) y convirtiéndolos en tiburones.
4. El resto del grupo se convierte en los pingüinos, que se mueven alrededor de la habitación. Los pingüinos no pueden moverse solamente alrededor de los icebergs. Cualquier pingüino que lo haga se convertirá automáticamente en tiburón.
5. Dígale al grupo que el juego empezará cuando diga «Es hora de nadar» y que en algún momento gritará «Tiburón al acecho». Cuando lo oigan, los pingüinos tienen que intentar colocar parte de su pie/mano/rueda/muleta en uno de los «icebergs», que son su zona de seguridad. El «tiburón» ataca tocando ligeramente a los pingüinos, que se quedan congelados. «Tiburón al acecho» dura hasta que todos los pingüinos tienen una parte de su pie/rueda/mano en el «iceberg» o se han quedado congelados por el ataque del tiburón. Estos pingüinos se convierten en tiburones, que ahora cazan pingüinos junto al tiburón original.
6. Compruebe que los participantes entienden las reglas de la actividad y empiece el juego a la voz de «Es hora de nadar».
7. Elija cuándo dirá «Tiburón al acecho», prestando atención a que tanto el tiburón como los pingüinos cumplan las reglas. Los pingüinos que han sido atacados deberán quedarse congelados. El tiburón no ataca a los pingüinos en el iceberg, su zona de seguridad. Recuerde a los pingüinos que han sido atacados que ahora son tiburones y deberán cazar pingüinos junto con el tiburón original.
8. Vuelva a decir «Es hora de nadar» para que los pingüinos naden libremente fuera de los icebergs, y antes de volver a gritar «Tiburón al acecho» rompa por la mitad ambas hojas de papel A4 (los icebergs) y deje solo la mitad en el suelo (es decir, dos hojas que son la mitad de un papel A4). Ahora los pingüinos tendrán menos «zona segura».
9. El juego sigue con el moderador gritando «Tiburón al acecho». Se van creando nuevos tiburones y tras cada ataque se vuelven a partir los «icebergs» por la mitad. Gana el último pingüino que quede. Cuando tenga un ganador, concluya el ejercicio.

Título informal del ejercicio:
Superlativos

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Híbrido entre ejercicio para recuperar el ritmo y romper el hielo: hacer que los participantes se conozcan mejor, se genere confianza dentro del grupo y se animen.

Resultado esperado del ejercicio:
Al finalizar el ejercicio, los participantes estarán animados y se conocerán más entre sí.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.
- Escoja las categorías que quiere utilizar para el ejercicio.

Consejos útiles para los moderadores:
- Tenga en cuenta que algunas personas del grupo pueden tener problemas de movilidad y necesiten ir en silla de ruedas, así que téngalo en cuenta al escoger las categorías y evite cualquier cosa que pueda resultar ofensiva.

Método: (5–10 minutos)

1. Dígale al grupo que ahora van a jugar a «superlativos».
2. Divida el grupo en equipos de 5 a 10 personas (en función de la cantidad de participantes) y haga que escojan un «líder».
3. Dígales que el objetivo del juego es que se reordenen lo más rápido posible en función de la categoría.
4. Use sus propias categorías o una de las siguientes:
   - De menos a más: cuántas letras tiene su nombre
   - De más lejos a más cerca de ese espacio: su lugar de nacimiento
   - De menos a más: hermanos y hermanas
   - De más bajo a más alto: altura
   - De principio a fin de año: fechas de nacimiento
5. Una vez que el equipo se haya reordenado, el «líder» comprobará que sea correcto.
6. El primer grupo en hacerlo, una vez verificado por el moderador, gana el juego. Se puede jugar al «mejor de tres» si los grupos son rápidos.

Título informal del ejercicio:
Dos verdades y una mentira

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Ejercicio para romper el hielo: conseguir que los participantes se conozcan más y generar confianza mutua. Este ejercicio permite a los participantes saber más de los demás de una forma controlada por la propia persona.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes compartirán información sobre ellos mismos y escucharán mucha información de sus compañeros, creando vínculos y confianza dentro del grupo.

Materiales necesarios:
- Ninguno.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.

Consejos útiles para los moderadores:
- Dé a los participantes un par de minutos para que preparen las verdades y la mentira que compartirán.

Método: (5–10 minutos)

1. Pida a los participantes que se sienten en círculo.
2. Dígale al grupo que cada persona se presentará diciendo dos verdades y una mentira sobre sí misma. El resto del grupo intentará adivinar cuál es la mentira.
3. Ejemplo: «Hola, me llamo María. Tenía el pelo casi por la cintura en el instituto, una vez me encontré a Madonna en una cafetería del aeropuerto y hablo cuatro idiomas».
4. Todo el grupo tendrá que hacerlo, moderadores incluidos. Cuando todos los participantes hayan hablado, concluya el ejercicio.

Título informal del ejercicio:
«Sí, lo he hecho»

Ámbito/grupo de estudio:
Ejercicios para romper el hielo y recuperar el ritmo

Objetivo o propósito del ejercicio:
Mezcla entre ejercicio para recuperar el ritmo y para romper el hielo: animar a los participantes después de una larga sesión o de un descanso de la formación, como el almuerzo. Este ejercicio permite a los participantes conocerse mejor y recuperar el ritmo.

Resultado esperado del ejercicio:
Los participantes volverán a animarse, compartirán información sobre sí mismos y escucharán mucha información de sus compañeros, creando vínculos y confianza dentro del grupo.

Materiales necesarios:
- La hoja de preguntas y firmas «Sí, lo he hecho», una para cada participante.

Preparación del moderador:
- Lea el ejercicio para saber cómo llevarlo a cabo de manera adecuada.

Consejos útiles para los moderadores:
- Se trata de un ejercicio útil para recuperar el ritmo y hablar sobre comunicación, entrevista motivacional y competencias de asesoramiento.

Método: (10 minutos)

1. Dígales a los participantes que ahora jugarán a un juego en el que se harán algunas preguntas y deberán intentar ser los primeros en completar su hoja..
2. Reparta la hoja de preguntas y comente a los participantes que su objetivo es encontrar a alguien del grupo que pueda responder a cada una de las preguntas. Cuando hayan encontrado a alguien que pueda decir «sí, lo he hecho», deberá firmar con su nombre junto a esa pregunta.
3. Si hay más preguntas que participantes, pueden obtener firmas repetidas, pero deben conseguir un sí y una firma de todos los participantes antes de empezar a recoger firmas repetidas. En otras palabras, no pueden hacerle a una misma persona varias preguntas en la misma conversación.
4. Es posible que no puedan encontrar a alguien «nuevo» que responda que sí a una afirmación en particular. En ese caso, deberán dar marcha atrás y eliminar el nombre de alguna persona que haya dicho que sí a una afirmación para que puedan decir que sí en otra.
5. La primera persona en completar su lista gana.
6. Las preguntas de la lista son:
   - ¿Alguna vez has estado en Australia?
   - ¿Alguna vez has montado en moto?
   - ¿Alguna vez has vivido en otro país?
   - ¿Alguna vez has conocido a alguien famoso?
   - ¿Alguna vez has estado en un parque Disney?
   - ¿Alguna vez has plantado algo en un huerto?
   - ¿Alguna vez has trabajado en una tienda?
   - ¿Alguna vez has organizado una boda?
   - ¿Alguna vez has subido a una limusina?
   - ¿Alguna vez has utilizado una cortadora de césped?
   - ¿Alguna vez has corrido un maratón?
   - ¿Alguna vez has escalado una montaña?
   - ¿Alguna vez te han hecho acupuntura?
   - ¿Alguna vez has ido a una exposición canina?
   - ¿Alguna vez has sufrido un terremoto?
   - ¿Alguna vez has sufrido un tornado?
7. Cuando alguien gane, concluya el ejercicio.

«Sí, lo he hecho»

Hoja de preguntas y firmas

Estado en Australia...	**Montado en moto...**	**Vivido en otro país...**	**Conocido a alguien famoso...**
Ido a un parque Disney...	**Plantado algo en un huerto...**	**Trabajado en una tienda...**	**Organizado una boda...**
Subido a una limusina...	**Utilizado una cortadora de césped...**	**Corrido un maratón...**	**Escalado una montaña...**
Hecho acupuntura...	**Ido a una exposición canina...**	**Sufrido un terremoto...**	**Sufrido un tornado...**

3. Anexo

3.1 Hojas de trabajo para los participantes

Las hojas de trabajo se proporcionan como parte del material de formación y no es necesario reproducirlas ni traducirlas nuevamente aquí.

3.2 Herramientas de evaluación

Medir los resultados de la formación.

Introducción:

Queremos poder medir la eficacia de la formación que recibirás para garantizar que te resulte lo más útil posible. Para ello, rellena este formulario de evaluación antes del curso. Cuando hayas terminado el curso, se te pedirá que rellenes otro formulario de evaluación para que podamos medir los cambios.

Evaluación previa al curso:

Indica tu nivel de confianza para cada uno de los siguientes elementos:

Prevención	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Prevención de la transmisión del VIH				
Síntomas y tratamientos del VIH				
Prevención de la transmisión de las ITS				
Síntomas y tratamientos de las ITS				
Prevención de la transmisión de las hepatitis víricas				
Síntomas y tratamientos para las hepatitis víricas				
Epidemiología del VIH (en toda Europa y en tu región local)				
Epidemiología de las ITS (en toda Europa y en tu región local)				
Epidemiología de las hepatitis víricas (en toda Europa y en tu región local)				
VIH 90-90-90: atención sanitaria continua				
Uso de técnicas de entrevista motivacional en mi trabajo				
Uso del tratamiento como prevención (I=I)				
Uso de la profilaxis postexposición (PPE)				
Uso de profilaxis preexposición (PrEP)				

Uso de kits de autotest				
Uso de kits de autotoma de muestras				
Prácticas actuales de sexo más seguro para hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Uso de drogas recreativas durante encuentros sexuales (chemsex)				
Modelos de promoción de la salud utilizados para el trabajo con hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Información y asesoramiento personalizado y grupal				
Trabajo cara al público y trabajo en grupo				

Prestación de servicios de detección, pruebas y asesoramiento	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Pruebas de detección del VIH				
Pruebas de detección de hepatitis víricas (B o C)				
Pruebas de detección de otras ITS (gonorrea, sífilis, etc.)				
Asesoramiento previo y posterior a las pruebas en estos servicios				

Marco de trabajo para las actividades de prevención y pruebas de detección	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas para poder:	**4**	**3**	**2**	**1**
Trabajar en un local de ocio gay/gay friendly (cafetería, bar, club, sauna, etc.)				
Trabajar en un entorno comunitario (centro comunitario, centro de acogida, club social, eventos del orgullo…)				
Trabajar en un entorno al aire libre (zona de cruising, espacios públicos, autobús, etc.)				
Trabajar en un entorno o servicio de carácter público (como centros educativos, prisiones, servicios sociales públicos, etc.)				
Trabajar en un entorno privado (vivienda/vivienda privada, hotel, centro asistencial, etc.)				
Trabajar en línea o por correo electrónico (sitio web/chat en línea, aplicaciones para móviles, redes sociales)				

Conocer a la comunidad con la que trabajas («Competencia cultural»)	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Cómo afectan mis actitudes a mi trabajo				
Trabajar con la comunidad de hombres gais, bisexuales y otros HSH para mejorar su acceso a la atención sanitaria y su vinculación a ella				
Cómo afectan los aspectos de la identidad de los hombres gais, bisexuales y otros HSH a su salud sexual				

Cuestionar el estigma y la discriminación	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Identificar y trabajar con grupos vulnerables de hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Atraer a los usuarios del servicio y hacer que se impliquen				
Crear un servicio libre de prejuicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Cómo influyen los aspectos sociales, económicos y ambientales en la salud				
Cómo pueden influir los problemas que sufren los hombres gais, bisexuales y otros HSH en su salud				
El estigma en torno a las prácticas sexuales de los hombres gais, bisexuales y otros HSH				
El estigma en torno a la orientación sexual				
El estigma en torno a la identidad de género				
El estigma en torno al VIH, las ITS y las hepatitis víricas (A, B y C)				
Cuestionar la discriminación por la orientación sexual				
Cuestionar la discriminación por ser seropositivo				
Cuestionar la discriminación por las decisiones que toman los HSH en torno a la prevención del VIH				
Cuestionar la discriminación por género e identidad de género				
Cuestionar la discriminación: facilitando herramientas de prevención y tratamiento				

Trabajar en asociaciones	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Fomentar la colaboración entre los servicios de salud comunitarios y públicos				
Fomentar la colaboración entre organizaciones LGTBIQ+				

Desarrollo de competencias	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Desarrollar mi capacidad para comunicarme de forma eficaz con los usuarios				
Desarrollar mis habilidades para relacionarme de forma eficaz con los usuarios				
Utilizar las redes sociales (FB/Twitter/YouTube/Hornet, etc.) para interactuar con los hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Crear y ofrecer formación a otros servicios especializados (p. ej., prisiones)				

Gracias por responder a las preguntas de evaluación previas al curso.

Evaluación una vez finalizado el curso:
Ahora que ya has finalizado la sesión de formación, te agradeceríamos que nos indicaras si te sientes seguro/a de tener los conocimientos necesarios sobre los siguientes temas.

Prevención	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Prevención de la transmisión del VIH				
Síntomas y tratamientos del VIH				
Prevención de la transmisión de las ITS				
Síntomas y tratamientos para las ITS				
Prevención de la transmisión de las hepatitis víricas				
Síntomas y tratamientos para las hepatitis víricas				
Epidemiología del VIH (en toda Europa y en tu región local)				
Epidemiología de las ITS (en toda Europa y en tu región local)				
Epidemiología de las hepatitis víricas (en toda Europa y en tu región local)				
VIH 90-90-90: atención sanitaria continua				
Uso de técnicas de entrevista motivacional en mi trabajo				
Uso del tratamiento como prevención (I=I)				
Uso de la profilaxis postexposición (PPE)				
Uso de profilaxis preexposición (PrEP)				
Uso de kits de autotest				
Uso de kits de autotoma de muestra				
Prácticas actuales de sexo más seguro para hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Uso de drogas recreativas durante encuentros sexuales (chemsex)				
Modelos de promoción de la salud utilizados para el trabajo con hombres gais, bisexuales y otros HSH				
El uso de información y asesoramiento personalizado y grupal				
Trabajo cara al público y trabajo grupal				

Prestación de servicios de detección, pruebas y asesoramiento	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Pruebas de detección del VIH				
Pruebas de detección de hepatitis víricas (A, B o C)				
Pruebas de detección de otras ITS (gonorrea, sífilis, etc.)				
Asesoramiento previo y posterior a las pruebas en estos servicios				

Marco de trabajo para las actividades de prevención y pruebas de detección	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Trabajar en un local de ocio gay/gay friendly (cafetería, bar, club, sauna, etc.)				
Trabajar en un entorno comunitario (centro comunitario, centro de acogida, club social, eventos del orgullo…)				
Trabajar en un entorno al aire libre (zona de cruising, espacios públicos, autobús, etc.)				
Trabajar en un entorno o servicio de carácter público (como centros educativos, prisiones, servicios sociales públicos, etc.)				
Trabajar en un entorno privado (vivienda/vivienda privada, hotel, centro asistencial, etc.)				
Trabajar en línea o por correo electrónico (sitio web/chat en línea, aplicaciones para móviles, redes sociales)				

Conocer a la comunidad con la que trabajas («Competencia cultural»)	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Cómo afectan mis actitudes a mi trabajo				
Trabajar con la comunidad de hombres gais, bisexuales y otros HSH para mejorar el acceso a la atención sanitaria y la vinculación a ella				
Cómo afectan los aspectos de la identidad de los hombres gais, bisexuales y otros HSH a su salud sexual				

Cuestionar el estigma y la discriminación	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Identificar y trabajar con grupos vulnerables de hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Atraer a los usuarios del servicio y hacer que se impliquen				
Crear un servicio libre de prejuicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Cómo influyen los aspectos sociales, económicos y ambientales en la salud				
Cómo pueden influir los problemas que sufren los hombres gais, bisexuales y otros HSH en su salud				
El estigma en torno a las prácticas sexuales de hombres gais, bisexuales y otros HSH				
El estigma en torno a la orientación sexual				
El estigma en torno a la identidad de género				
El estigma en torno al VIH, las ITS y las hepatitis víricas (A, B y C)				
Hacer frente a la discriminación por la orientación sexual				
Hacer frente a la discriminación por ser seropositivo				
Hacer frente a la discriminación por las decisiones que toman los hombres gais, bisexuales y otros HSH en torno a la prevención del VIH				
Hacer frente a la discriminación por género e identidad de género				
Hacer frente a la discriminación: prestación de herramientas de prevención y tratamiento				

Trabajar en asociaciones	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Crear asociaciones con y entre los servicios de salud comunitarios y legales				
Crear asociaciones con y entre organizaciones de LGTBIQ+				

Desarrollo de competencias	Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a
Estoy seguro/a de que tengo los conocimientos necesarios en los siguientes temas:	**4**	**3**	**2**	**1**
Desarrollar mi capacidad para comunicarme de forma eficaz con los usuarios				
Desarrollar mis habilidades para relacionarme de forma eficaz con los usuarios				
Utilizar las redes sociales (Facebook/Twitter/YouTube/Hornet, etc.) para interactuar con los hombres gais, bisexuales y otros HSH				
Crear y ofrecer formación a otros servicios especializados (p. ej., prisiones)				

Thank you for completing the post-course evaluation.

3.3 Evaluación de necesidades

Introducción:

Te agradeceríamos que respondieras a estas preguntas sobre la evaluación de necesidades para comprender mejor tu trabajo, qué, cómo y dónde lo desarrollas. Para ello te pedimos que reflexiones honestamente sobre el nivel de conocimientos, habilidades y comodidad que tienes sobre varios temas. Con esta información, podremos orientar mejor la formación en función de tus necesidades. Queremos dejar claro que solo utilizaremos tus respuestas para identificar los posibles módulos de formación que se utilizarán para aumentar tu confianza, conocimiento, habilidades y competencias en esta amplia gama de temas. Por ello, te recomendamos que respondas a las preguntas lo más honestamente posible.

En la evaluación, deberás analizar tu nivel de confianza sobre tres aspectos relacionados con los temas que se mencionan; tu nivel de conocimientos (cuánto crees que sabes sobre el tema), tu nivel de habilidades (cuánta experiencia y competencia tienes en torno al tema) y tu nivel de comodidad (si te sientes cómodo personalmente tratando con este tema) en una escala de «Muy seguro/a» (4) a «Nada seguro/a» (1). Hemos escogido estos tres ámbitos, dado que los módulos de formación giran en torno a ellos. A modo de ejemplo: hay gente que puede saber mucho de un tema, pero tener poca experiencia, o ser muy competente en un tema pero no sentirse cómoda tratándolo. También verás la columna «No me dedico a ello» (0), que puedes marcar si no trabajas ni estás involucrado en lo que se pregunta.

En la sección final tendrás que leer varias afirmaciones e indicar en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con ellas.

La evaluación dura entre 10 y 15 minutos así que, antes de empezar, te recomendamos que compruebes que tendrás tiempo suficiente de acabarla.

Gracias por tu colaboración. Nos ayudará a diseñar una formación que se adapte mejor a tus necesidades.

Prevención		Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a	No me dedico a ello
	Concepto	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
Prevención de la transmisión del VIH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Síntomas y tratamientos del VIH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Prevención de la transmisión de las ITS	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Síntomas y tratamientos de las ITS	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Prevención y transmisión de las hepatitis víricas	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Síntomas y tratamientos para las hepatitis víricas	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Epidemiología del VIH (en toda Europa y en tu región local)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Epidemiología de las ITS (en toda Europa y en tu región local)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Epidemiología de las hepatitis víricas (en toda Europa y en tu región local)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
VIH 90-90-90: atención sanitaria continua	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Uso de técnicas de entrevista motivacional en mi trabajo	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender y usar mensajes sobre el tratamiento como prevención (I=I)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender el uso de la profilaxis postexposición (PPE)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Comprender el uso de la profilaxis preexposición (PrEP)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender el uso de los kits de autotest	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender el uso de los kits de autotoma de muestras	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Prácticas actuales de sexo más seguro para hombres gais, bisexuales y otros HSH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
El uso de drogas recreativas durante encuentros sexuales (chemsex)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Modelos de promoción de la salud utilizados para el trabajo con hombres gais, bisexuales y otros HSH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
El uso de información y asesoramiento personalizado y grupal	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Trabajo cara al público y trabajo grupal	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Prestación de servicios de detección, pruebas y asesoramiento		Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a	No me dedico a ello
	Concepto	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
Pruebas de detección del VIH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Pruebas de detección de hepatitis víricas (A, B o C)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Pruebas de detección de otras ITS (gonorrea, sífilis, etc.)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Asesoramiento previo y posterior a las pruebas en estos servicios	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Marco de trabajo para las actividades de prevención y pruebas de detección		Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a	No me dedico a ello
	Concepto	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
Trabajar en un local de ocio gay/gay friendly (cafetería, bar, club, sauna, etc.)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Trabajar en un entorno comunitario (centro comunitario, centro de acogida, club social, eventos del orgullo…)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Trabajar en un entorno al aire libre (zona de cruising, espacios públicos, autobús, etc.)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Trabajar en un entorno o servicio de carácter público (como centros educativos, prisiones, servicios sociales públicos, etc.)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Trabajar en un entorno privado (vivienda/vivienda privada, hotel, centro asistencial, etc.)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Trabajar en línea o por correo electrónico (sitio web/chat en línea, aplicaciones para móviles, redes sociales)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Conocer a la comunidad con la que trabajas («Competencia cultural»)		Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a	No me dedico a ello
	Concepto	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
Comprender cómo afectan mis actitudes a mi trabajo	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Trabajar con la comunidad de hombres gais, bisexuales y otros HSH para mejorar su acceso a la atención sanitaria y su vinculación a ella.	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender cómo afectan los aspectos de la identidad de los hombres gais, bisexuales y otros HSH a su salud sexual	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Cuestionar el estigma y la discriminación		Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a	No me dedico a ello
	Concepto	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
Identificar y trabajar con grupos vulnerables de hombres gais, bisexuales y otros HSH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Atraer a los usuarios del servicio y hacer que se impliquen	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Crear un servicio libre de prejuicios para hombres gais, bisexuales y otros HSH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender cómo influyen los aspectos sociales, económicos y ambientales en la salud	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender cómo pueden influir los problemas que sufren los hombres gais, bisexuales y otros HSH en su salud	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender el estigma en torno a las prácticas sexuales de los hombres gais, bisexuales y otros HSH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Comprender el estigma en torno a la orientación sexual	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender el estigma en torno a la identidad de género	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Comprender el estigma en torno al VIH, las ITS y las hepatitis víricas (A, B y C)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Cuestionar la discriminación por la orientación sexual	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Cuestionar la discriminación por ser seropositivo	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Cuestionar la discriminación por las decisiones que toman los hombres gais, bisexuales y otros HSH en torno a la prevención del VIH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Cuestionar la discriminación por género e identidad de género	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Cuestionar la discriminación: prestación de herramientas de prevención y tratamiento	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Trabajar en asociaciones		Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a	No me dedico a ello
	Concepto	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
Crear asociaciones con y entre los servicios de salud comunitarios y legales	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Crear asociaciones con y entre organizaciones de HSH/LGTBIQ+	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Desarrollo de competencias		Muy seguro/a	Seguro/a	Algo seguro/a	Nada seguro/a	No me dedico a ello
	Concepto	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
Desarrollar mi capacidad para comunicarme de forma eficaz con los usuarios	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Desarrollar mis habilidades para relacionarme de forma eficaz con los usurios	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Utilizar las redes sociales (Facebook/Twitter/YouTube/Hornet, etc.) para interactuar con los hombres gais, bisexuales y otros HSH	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					
Crear y ofrecer formación a otros servicios especializados (p. ej., prisiones)	Conocimientos					
	Habilidades					
	Comodidad					

Ahora nos gustaría que nos indicaras en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones. De nuevo, te pedimos que seas lo más honesto posible con tus respuestas.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	4	**3**	**2**	**1**	**0**
Me resulta fácil hablar con un hombre gay, bisexual o HSH sobre el VIH/SIDA.					
Me da vergüenza cuando un hombre gay, bisexual o HSH me habla sobre sus prácticas sexuales y su último encuentro sexual.					
No me gusta que la mayoría de los hombres gais, bisexuales o HSH sean afeminados.					
Si un chico me dice que no usa preservativos, le digo lo importante que es usarlos y que debería realmente planteárselo.					
A veces pienso que los hombres gais, bisexuales y otros HSH muy promiscuos se merecen las ITS que contraen.					
Creo que los hombres que tienen sexo con hombres, que no han salido del armario viven una mentira.					
El mayor problema de los hombres gais, bisexuales y otros HSH, es la cantidad de sexo que practican.					
Creo que los preservativos son mejores que la PrEP para proteger a las personas contra el VIH.					
Me preocupa que las nuevas iniciativas como la PrEP hagan que los hombres dejen de usar preservativo y se comporten como quieran sin ninguna consecuencia.					
No tengo por qué saber sobre los hombres gais, bisexuales y otros HSH y su vida para trabajar con ellos de forma profesional.					
Mi familia sabe que mi trabajo está relacionado con el VIH y el SIDA.					
Puedo crear relaciones de confianza con una amplia variedad de hombres gais, bisexuales y otros HSH.					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	4	**3**	**2**	**1**	**0**
Me preocupa que se enfatice demasiado la homofobia y el estigma en lugar del VIH.					
Me resulta cómodo utilizar palabas como «follar», «pajearse» y «fisting» cuando hablo de la vida sexual de las personas.					
No creo que la homofobia influya en mí a la hora de trabajar con hombres gais, bisexuales y otros HSH.					
Nuestro servicio trata con todo tipo de personas, ¿por qué tenemos que hacer un esfuerzo especial para atraer a los hombres gais, bisexuales y otros HSH?					
No me sería cómodo hablar de la PrEP cuando la otra persona puede utilizar preservativos sin problemas.					
Soy capaz de llevar una vida feliz y satisfactoria fuera de mi trabajo, incluida la vida sexual.					
Los HSH con pareja femenina deberían dejar de mentirle y admitir que son gais.					
No me gusta hablar con hombres gais, bisexuales y otros HSH sobre prácticas sexuales que considero desagradables.					
Soy capaz de relajarme y disfrutar de las conversaciones con los gais, bisexuales y otros HSH sobre su vida.					
Soy capaz de involucrarme y ayudar a una amplia gama de hombres gais, bisexuales y otros HSH en los diversos problemas que refieren.					
Me resulta cómodo hablar con los hombres gais, bisexuales y otros HSH sobre su vida sexual.					
Me resulta cómodo ver/atender a exparejas o parejas sexuales en mi trabajo.					
Puedo relacionarme con hombres que se avergüenzan de ser gais, bisexuales o HSH.					
A menudo me avergüenzo de formar parte de la comunidad LGTBIQ+.					

Y, para acabar, una última pregunta...

«Las tres cosas que me gustaría aprender en esta formación son…

1.
2.
3.

3.4 Proyecto de ejercicio «VIH 90-90-90»: cuáles son los objetivos

Nota: este módulo se creó como parte del programa de formación. Se decidió no incluirlo en el material de formación final. La cascada de tratamiento 90-90-90 sigue siendo relevante para la política y la planificación de las intervenciones de salud, pero no resulta tan práctica para el personal comunitario de salud. Por lo tanto, el módulo no está terminado, pero se puede adaptar, actualizar y utilizar según sea necesario.

Aprendizaje en línea: prevención

VIH 90-90-90: ¿cuáles son los objetivos?

EL OBJETIVO DE TRATAMIENTO

- 90 % diagnosticado
- 90 % en tratamiento
- 90 % de supresión víral (= el 73 % de todas las personas que tienen VIH tendrá una supresión viral duradera)

El diagnóstico depende de las tecnologías de las pruebas, que ahora están mejorando gracias a las pruebas rápidas y los kits de autotest y autotoma de muestra.

El tratamiento depende de la economía y el acceso a los tratamientos: los costes de los tratamientos eficaces de primera línea, el uso de genéricos eficaces y la capacidad de acceder a los planes de tratamiento.

La supresión viral depende de un tratamiento eficaz, de la adhencia y seguimiento del tratamiento y del acceso a las pruebas de carga viral.

Cuando se logre este objetivo de tres partes, al menos el 73 % de todas las personas con VIH del mundo tendrán supresión viral, un aumento de dos a tres veces sobre las estimaciones aproximadas actuales. Los modelos sugieren que alcanzar estos objetivos para 2020 permitirá terminar con la epidemia de SIDA en el mundo de aquí a 2030, lo que a su vez generará muchos beneficios económicos y sanitarios.

El tratamiento del VIH es una herramienta fundamental para acabar con la epidemia de SIDA, pero no es la única.

Al mismo tiempo que se toman medidas para maximizar los efectos de prevención del tratamiento contra el VIH, se requieren esfuerzos urgentes para ampliar otras estrategias de prevención básicas, como la eliminación de la transmisión materno-infantil, la distribución de preservativos, la PrEP, la circuncisión masculina médica voluntaria en países prioritarios, los servicios de reducción de daños para personas que se inyectan drogas y los programas de prevención dirigidos a otras poblaciones clave. Para implementar una respuesta integral que ponga fin a la epidemia, se necesitarán esfuerzos conjuntos para acabar con el estigma, la discriminación y la exclusión social.

El tratamiento del VIH previene enfermedades relacionadas con el VIH

En 2013, al recomendar un aumento del umbral de recuento de CD4 para iniciar el tratamiento del VIH de 350 a 500 células/mm3, la OMS citó una creciente evidencia de las ventajas clínicas de iniciar el tratamiento antes. Desde el lanzamiento de las directrices, un análisis adicional de los resultados de HPTN 052 reveló que los participantes del estudio asignados al azar al grupo de tratamiento temprano (recuento de CD4 250-500) tuvieron una mediana superior de recuentos de CD4 durante dos años de seguimiento y fueron un 27 % menos propensos a experimentar un evento clínico primario, un 36 % menos propensos a experimentar un evento clínico con características del SIDA y un 51 % menos propensos a ser diagnosticados con tuberculosis.

El tratamiento del VIH evita muertes relacionadas con el SIDA

Mientras que la esperanza de vida de alguien que contraía el VIH antes de que existieran los tratamientos era de solo 12,5 años tras infectarse, una persona joven que se infecte hoy en un país industrializado puede esperar llevar una vida casi normal (o cinco décadas adicionales) con un tratamiento del VIH ininterrumpido y crónico. Cada vez hay más evidencias que indican que se pueden lograr resultados comparables en entornos con recursos limitados.

El tratamiento del VIH previene nuevas infecciones por VIH

Entre las intervenciones de prevención evaluadas hasta la fecha en estudios controlados aleatorios, el tratamiento del VIH ha demostrado con creces el efecto más importante sobre la incidencia del VIH.

Los resultados provisionales del estudio PARTNER indican que, entre 767 parejas serodiscordantes, no se produjo ningún caso de transmisión del VIH cuando la persona con VIH tenía supresión viral, después de aproximadamente 40.000 episodios de relaciones sexuales. Como herramienta de prevención, el tratamiento del VIH debe considerarse como un componente crucial de una combinación de enfoques basados en la evidencia (conocida como «prevención combinada»).

El tratamiento del VIH ahorra dinero

Empezar el tratamiento del VIH lo antes posible es bueno para la salud y la economía. De acuerdo con otro ejercicio de modelado, las inversiones en la ampliación del tratamiento del VIH generan un rendimiento más de dos veces mayor cuando se evitan costes médicos, se tienen en cuenta los costes derivados de atender a los huérfanos, así como el impacto en la productividad laboral. Tampoco será necesario esperar décadas para ver los beneficios económicos de las inversiones tempranas en la rápida ampliación de los tratamientos. En algunos países, los ahorros obtenidos tras las inversiones realizadas para la extensión del tratamiento del VIH, se podrán ver de inmediato. Los ahorros reales en los costes se percibirán relativamente más tarde en países con alta prevalencia de VIH.

Región o subregión	Estado	Objetivo para 2020	Resultado de 2018	¿Objetivo global cumplido?
Región de Europa y Asia Central	Diagnosticado (n=40)	90%	80%	No cumplido
	Antirretrovirales (n=41)	90%	64%	No cumplido
	Supresión viral (n=35)	90%	86%	Dentro del 10 % del objetivo
	Supresión viral de todas las personas con VIH (n=34)	73%	43%	No cumplido
Subregión occidental	Diagnosticado (n=19)	90%	87%	Dentro del 10 % del objetivo
	Antirretrovirales (n=19)	90%	91%	Cumplido o superado
	Supresión viral (n=16)	90%	93%	Cumplido o superado
	Supresión viral de todas las personas con VIH (n=16)	73%	74%	Cumplido o superado
Subregión central	Diagnosticado (n=10)	90%	83%	Dentro del 10 % del objetivo
	Antirretrovirales (n=10)	90%	73%	No cumplido
	Supresión viral (n=8)	90%	75%	No cumplido
	Supresión viral de todas las personas con VIH (n=8)	73%	46%	No cumplido
Subregión oriental	Diagnosticado (n=11)	90%	76%	No cumplido
	Antirretrovirales (n=12)	90%	46%	No cumplido
	Supresión viral (n=11)	90%	78%	No cumplido
	Supresión viral de todas las personas con VIH (n=10)	73%	26%	No cumplido

Occidental, 24 países:

Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, San Marino, Suecia, Suiza.

Centro, 16 países:

Albania, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, Hungría, Kosovo, Montenegro, Polonia, República Checa, Rumanía, Serbia, Turquía.

Oriental, 15 países:

Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Estonia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Moldavia, Rusia, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán.

Enlace al informe de atención continua del ECDC 2018 con cifras europeas:

https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV-continuum-of-care-monitoring-dublin-declaration-progress-report-2018.pdf

Health Promotion Model: Nutbeams Model

Information sourced from Understanding Public Health: Health Promotion Theory
Ed: Davies, M & McDowell, W. Open University Press.

If you are interested in Health Promotion models and how they can work there is a larger table in the Annex that helps to understand how all of the models are used and the development of the interventions from those models fits together into the larger developmental and implementation programme/s that a health promotion service may be providing.

It can seem quite complex, and is only of real use when programme planning and understanding how a range of models and interventions can push different 'buttons' for the target audiences, as not everyone will respond to the same model in the same way. It's called Nutbeams 'Planning model for Health Promotion' and more information about it can be found online. The text following the illustration of the model helps understand the basics of how it fits together. Looking through the top headings of the model to help explain how the framework fits together you can see that:

A planning model for Health Promotion (Planning and Implementing Prevention Programmes) source: Nutbeam (2001)

Problem Definition	Solution Generation	Capacity Building		Health Promotion Actions		Health Promotion Outcomes	Intermediate Health Outcomes	Health and Social Outcomes
Epidemiological & demographic information	Theory and Interventions Models	Mobilising Resources (people, money, materials)	Development and pre-testing Métodos and materials	**Education** Examples include: patient education, school education, broadcast media and print media, communication.	Monitoring and recording of programme implementation and quality control.	Health Literacy Measures include: Health related knowledge, attitudes, motivation, behavioural intentions, personal skills, self efficacy.	Healthy Lifestyles Measures include: Tobacco use, food choices, physical activity, alcohol and illicit drug use.	Social Outcomes Measures include: Quality of life, functional independence, equity.
Behavioural & social research on the determinants of health	Evidence from past programmes	Building Capacity (training and Infrastructure development)		Social Mobilisation Examples include: community development, group facilitation, targeted mass communication		Social Action & Influence Measures include: Community participation, community empowerment, social norms, public opinion	Social action & influence Measures include: Provision of preventative services, access to and appropriateness of health services.	Health Outcomes Measures include: Reduced morbidity, disability, avoidable mortality.
Community needs and perceived priorities	Experiences from practitioners	Raising Public and Political Awareness		Advocacy Examples include: lobbying, political organisation and activism, overcoming bureaucratic inertia.		Health Public Policy and Organisational Practice Measures include: Policy statements, legislation, regulation, resource allocation, organisational practices.	Healthy Environments Measures include: Safe physical environment, supportive economic and social conditions, restricted access to tobacco & alcohol.	

Problem definition

«Identification of the parameters of the health problem to be addressed may involve drawing on a wide range of epidemiological and demographic information, as well as information from the behavioural and social sciences and knowledge of community needs and priorities. Here, different theories can help you identify what should be the focus for an intervention. Specifically, theory can inform your choice for the focus for the intervention. This might be individual characteristics, beliefs and values that are associated with different health behaviours and that may be amenable to change. Alternatively, the focus might be organizational characteristics that may need to be changed.»

Solution generation

«The second step involves the analysis of potential solutions, leading to the development of a programme plan which specifies the objectives and strategies to be employed, as well as the sequence of activity. Theory is at its most useful here in providing guidance on how and when change might be achieved in the target population, organization or policy. It may also generate ideas which might not otherwise have occurred to you.

Different theories can help you understand the Métodos you could use as the focus of your interventions; specifically by improving understanding of the processes by which changes occur in the target variables (i.e. people, organizations and policies), and by clarifying the means of achieving change in these target variables. For example, theory may help explain the influence of different external environments and their impact on individual behaviour. These insights will help in the design of a programme, for example by indicating how changes to the environment can have an impact on health behaviour.

Thus, those theories that explain and predict individual and group health behaviour and organizational practice, as well as those that identify Métodos for changing these determinants of health behaviour and organizational practice, are worthy of close consideration in this phase of planning. Some theories also inform decisions on the timing and sequencing of your interventions in order to achieve maximum effects.»

Capacity building

«Once a programme plan has been developed, the first phase in implementation is usually directed towards generating public and political interest in the programme, mobilizing resources for programme implementation, and building capacity in organizations through which the programme may operate (e.g. schools, worksites, local government). Models theories which indicate how to influence organizational policy and procedures are particularly useful here, as too is theory which guides the development of media activities.»

Health promotion actions

«The implementation of a programme may involve multiple strategies, such as education and advocacy. Here, the key elements of theory can provide a benchmark against which actual selection of Métodos and sequencing of an intervention can be considered in relation to the theoretically ideal implementation of programmes. In this way, the use of theory helps you to understand success or failure in different programmes, particularly by highlighting the possible impact of differences between what was planned and what actually happened in the implementation of the programme. It can also assist in identifying the key elements of a programme that can form the basis for disseminating successful programmes.»

Outcomes

«Health promotion interventions can be expected to have an impact initially on processes or activities such as participation and organizational practices. Theory can provide guidance on the appropriate measures that can be used to assess such activities. For example, where theory suggests that the target of interventions is to achieve change in knowledge or changes in social norms measurement of these changes becomes the first point of evaluation. Such impact measures are often referred to as health promotion outcomes (note, not outcomes in the sense of improvements in health – see below).

Intermediate outcome assessment is the next level of evaluation. Theory can also be used to predict the intermediate health outcomes that are sought from an intervention. Usually these are modifications of people's behaviour or changes in social, economic and environmental conditions that determine health or influence behaviour. Theories can predict that health promotion outcomes will lead to such intermediate health outcomes.

Health and social outcomes refer to the final outcomes of an intervention in terms of changes in physical or mental health status, in quality of life, or in improved equity in health within populations. Definition of final outcomes will be based on theoretically predicted relationships between changes in intermediate health outcomes and final health outcomes.»

4. Glossary and List of Abbreviations

AAE: AIDS ACTION EUROPE es una red regional de un grupo diverso de más de 420 ONG, redes nacionales y grupos comunitarios, la mayoría de los cuales son organizaciones de servicios contra el SIDA, en 47 países que abarcan la Región Europea de la OMS (www.aidsactioneurope.org)

SIDA: sin un tratamiento efectivo, el VIH daña las propias defensas del cuerpo (sistema inmunitario). Sin tratamiento, el cuerpo ya no puede combatir los patógenos invasores como bacterias, hongos o virus. En el peor de los casos, se pueden producir ciertas enfermedades que ponen en riesgo la vida de los pacientes, por ejemplo, neumonía grave. En ese momento hablamos de SIDA. SIDA es la abreviatura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Los medicamentos contra el VIH suprimen el virus del cuerpo y previenen así la aparición del SIDA. Las personas con VIH que reciben un tratamiento eficaz pueden vivir bien y el mismo tiempo que las personas sin VIH.

ASTOR: (Aim, Setting, Target, Objectives, Resources). Es una herramienta de creación de proyectos. En castellano, sus siglas podrían traducirse como: Finalidad, Espacio, Diana, Ojetivos, Recursos. ASTOR es una herramienta de creación de proyectos sencilla y útil que ayuda a identificar algunos de los elementos clave que se necesitan para una intervención.

CBVCT: (Community-based voluntary counselling and testing). En castellano, sus siglas podrían traducirse como: Servicios de cribado anónimo y voluntario de base comunitaria. Servicios que ofrecen pruebas voluntarias, gratuitas y anónimas de VHB, VHC, ITS o VIH fuera de los centros de salud oficiales, diseñados para centrarse en comunidades específicas, como hombres gais, bisexuales y otros HSH. Los servicios de CBVCT para HSH también suelen denominarse Checkpoints.

CCPEEU (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades): Agencia Nacional de Protección de la Salud de los Estados Unidos de América.

CD4 (linfocitos 4) es una glucoproteína que se encuentra en la superficie de las células inmunes, como las células T auxiliares y otras. Son glóbulos blancos y resultan importantes para el sistema inmunitario. A menudo se les llama células T auxiliares o células CD4. Cuando se agotan, por ejemplo, en una infección por VIH no tratada, el cuerpo se vuelve vulnerable a una amplia gama de infecciones que normalmente se combatirían.

Chemsex se define como el sexo, principalmente entre hombres gais, bisexuales y otros HSH, bajo la influencia de drogas para mejorar la experiencia sexual. Las sustancias utilizadas en chemsex varían mucho entre diferentes países y ciudades incluyendo, entre otras: GHB, metanfetamina, mefedrona, cocaína y ketamina.

CHAFEA: Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación.

ACS: agente comunitario de salud. En inglés: Community Health Worker (CHW). Este término es más común en América o África y nuevo en el contexto europeo para el trabajo con hombres gais, bisexuales y otros HSH. Según los resultados de la encuesta ECHOES entre los ACS europeos, la definición de ACS en este contexto en realidad es: «Los agentes comunitarios de salud (ACS) son personas que ofrecen asesoramiento en el ámbito de la salud sexual y otros temas relacionados con la salud (ya sea de pago o voluntario) a hombres gais, bisexuales y otros HSH. Un ACS puede ofrecer actividades de promoción de la salud o de salud pública fuera del contexto sanitario oficial. Pueden ser miembros de las comunidades a las que sirven o estar conectados con ellas (pares)». (Informe de la encuesta ECHOES)

Cobatest: la red COBATEST conecta a organizaciones de toda Europa que ofrecen servicios de asesoramiento voluntario y pruebas de ITS/VIH (CBVCT) basadas en la comunidad, y promueve la realización de pruebas, el diagnóstico temprano y el acceso a los servicios de atención sanitaria en poblaciones en riesgo (www.cobatest.org).

Comunidad/población: el término «comunidad» en este contexto describe un grupo que comparte o tiene ciertas actitudes e intereses en común. Definir una comunidad puede ayudar a dirigir los servicios a las necesidades de los usuarios. El término no es muy específico y tiene sus limitaciones. Por lo tanto, también usamos el término «población» para describir un grupo determinado (por ejemplo, HSH) que se puede abordar como grupo, pero cuyas actitudes o intereses comunes puede que no estén descritos.

Competencia cultural: se trata de un conjunto definido de ética y principios, conductas demostradas, actitudes, políticas y estructuras que permiten que el trabajo se desarrolle de manera eficaz en una cultura determinada.

AAD (antivirales de acción directa): los AAD son una clase relativamente nueva de medicamentos que actúa sobre pasos específicos del ciclo de vida vírico del VHC. La hepatitis C se puede curar en casi todos los casos en un período corto, de 8 a 12 semanas con los AAD disponibles actualmente.

DAH: Deutsche Aidshilfe, Berlín, Alemania, www.aidshilfe.de

DG SANTE: Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria de la Comisión Europea

EATG: Grupo Europeo de Tratamiento del SIDA

CE: Comisión Europea

ECDC (Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades): el ECDC es una agencia de la UE destinada a fortalecer las defensas de Europa contra las enfermedades infecciosas.

ECHOES (Encuesta en Línea para Agentes Comunitarios de la Salud Europeos) es una encuesta en línea sobre el conocimiento, las actitudes, las prácticas y las necesidades de formación de los agentes comunitarios de la salud (ACS) o Community Health Worker (CHW) que ofrece asesoramiento, pruebas y servicios de apoyo y atención psicosocial para HSH en la UE y los países vecinos (www.esticom.eu)

ECOM: Coalición Euroasiática sobre la Salud Masculina

EL: material de formación para el aprendizaje en línea (online)

OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

EMIS (Encuesta en Línea de Hombres Europeos que tienen Relaciones Sexuales con Otros Hombres) es la mayor encuesta en línea dirigida a hombres gais, bisexuales y otros HSH. El objetivo general de EMIS es generar datos útiles para planificar los programas de prevención y atención del VIH y las ITS, y supervisar el progreso nacional en esta área (www.esticom.eu).

ESTICOM (Encuestas y Formación Europeas para Respaldar la Salud de la Comunidad de HSH) es un proyecto a nivel europeo que consta de las encuestas EMIS y ECHOES y el programa de formación ESTICOM (www.esticom.eu).

UE/EEE: Unión Europea/Espacio Económico Europeo (países de la UE más Noruega, Islandia y Liechtenstein)

Euro HIV EDAT: proyecto europeo sobre «Conocimientos operativos para mejorar el diagnóstico y tratamiento tempranos del VIH entre grupos vulnerables en Europa» (www.eurohivedat.eu; www.msm-checkpoints.eu).

EuroTEST: iniciativa europea, originalmente denominada "VIH en Europa". Comenzó en 2007 como una forma de llamar la atención sobre la importancia de un diagnóstico y atención tempranos para las personas con VIH, ITS y TB.

Pres.: material de formación presencial.

GAT (Grupo de Ativistas em Tratamentos): (Grupo de activistas en tratamientos). ONG portuguesa que trabaja con los diferentes grupos más afectados por el VIH y dirige el punto de control de Lisboa.

Género: género puede tener diferentes significados, equivaler al sexo biológico, ser un constructo social determinado, o una combinación de ambos. Describe la gama de características diversas entre «masculinidad» y «feminidad». En este contexto, lo usamos como: la identidad de género de la persona como categoría social (por ejemplo, en términos de autodefinición, autoestima o conducta social).

MC: médico de cabecera

HEP/hepatitis/hepatitis víricas: hepatitis significa «inflamación del hígado». La inflamación del hígado puede tener muchas causas, incluidos virus y bacterias, así como alcohol y otras drogas. En el caso del trabajo que realizan los ACS con hombres gais y otros HSH, las inflamaciones del hígado causadas por virus son las más relevantes. Hay varios tipos de virus de hepatitis y los principales se conocen como VHA, VHB y VHC (virus de la hepatitis A, B y C). Las consecuencias de las infecciones son muy diferentes. Hay vacunas disponibles contra las hepatitis A y B, y se recomienda a los hombres gais, bisexuales y otros HSH que se vacunen contra ambas hepatitis. No hay vacuna para la hepatitis C, pero se puede curar.

VIH: VIH es la abreviatura de «virus de inmunodeficiencia humana». El VIH daña las propias defensas del cuerpo, que también reciben el nombre de sistema inmunitario. Sin tratamiento, el cuerpo ya no puede combatir los patógenos invasores como bacterias, hongos o virus. En el peor de los casos, se pueden producir ciertas enfermedades que ponen en riesgo la vida de los pacientes, por ejemplo, neumonía grave. En ese momento hablamos de SIDA. SIDA es la abreviatura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Los medicamentos contra el VIH suprimen el virus del cuerpo y previenen así la aparición del SIDA. Las personas con VIH que reciben un tratamiento eficaz pueden vivir bien y el mismo tiempo que las personas sin VIH.

Homofobia/transfobia: abanico de actitudes y sentimientos negativos hacia la homosexualidad o hacia las personas que se identifican o perciben como lesbianas, gais, bisexuales, tran, queer o intersexuales (LGTBIQ+). A menudo se basa en el desprecio, los prejuicios, la aversión, el odio o la antipatía, y depende muchas veces de un miedo irracional o de normas culturales.

SPV: servicios de pruebas del VIH

UDI: usuarios de drogas inyectables

Incidencia: indica la frecuencia de una nueva infección o enfermedad en un grupo o área en particular, durante un periodo de tiempo definido. Ejemplo: en 2017, alrededor de 2700 personas contrajeron el VIH.

INTEGRATE: acción conjunta sobre la integración de la prevención, las pruebas y el vínculo con las estrategias de atención en materia del VIH, las hepatitis víricas, la tuberculosis y las ITS en Europa (www.integrateja.eu)

Kahoot es una plataforma de aprendizaje basada en juegos. Puedes diseñar tu propio juego de aprendizaje o cuestionario y utilizarlo como herramienta divertida e interactiva para presentar un tema. Los participantes pueden responder a las preguntas en sus propios dispositivos móviles. Más información en www.kahoot.com.

LGTB*IQ +: lesbianas, gais, bisexuales, trans (*=y todas sus variantes), queer, intersexual + todas las demás identidades sexuales y de género minoritarias. Se trata de una de las muchas variaciones posibles para hacer referencia a estas comunidades. El principal objetivo es ayudar a garantizar que los servicios y las organizaciones sean inclusivos y respetuosos con las diferentes formas de identidad de género.

LURE: técnicas de entrevista motivacional en cuatro pasos: escuchar, comprender, resistir, empoderar.

EM: entrevista motivacional

Min.: minutos

HSH (Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres): el paquete de formación utiliza una combinación de «HSH» (u hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) u «hombres gais, bisexuales y otros HSH» para describir a las personas con las que trabajan los ACS o Community Health Worker (CHW). El problema es que HSH no es un término que utilice ni entienda el grupo objetivo (los propios HSH) y muchas de las problemáticas planteadas afectan a los hombres que se sienten atraídos sexualmente por otros hombres y tienen relaciones sexuales con ellos, sin importar cómo se describan. Lo importante es el estigma y la discriminación que sufre este grupo objetivo, no la terminología que utilizamos para referirnos a él.

N/A: no disponible

NPT: formación piloto nacional

OARS: (Open questions, Affirmations, Reflections and Summary). Se trata de unas técnicas de entrevista motivacional que trabajan con preguntas abiertas. En castellano, sus siglas podrían traducirse como: preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones y resumen.

NAM aidsmap: plataforma de información en línea (www.aidsmap.com).

ONG: organización no gubernamental.

UI: uretritis inespecífica, uretritis no gonocócica.

OptTest: proyecto de la UE sobre la «optimización de las pruebas y la vinculación para la atención del VIH en toda Europa» (www.opttest.eu).

Acercamiento: tipo de servicio de salud que moviliza a los trabajadores sanitarios para prestar servicios a una población que se encuentra lejos de la ubicación donde los proveedores suelen trabajar, por ejemplo, en un club, sauna o bar, pero también acercamiento en línea en plataformas de Internet.

Paciente/usuario: por lo general, en el documento se hará referencia a las personas con las que trabajan los ACS como «usuarios del servicio» o simplemente «usuarios», ya que generalmente los ACS o Community Health Worker (CHW) no ven a los hombres con los que trabajan como «pacientes» o «clientes». Los moderadores pueden preguntar al grupo de participantes qué término utilizan para referirse a los hombres con los que trabajan y utilizar esa definición, si lo prefieren.

PPE (profilaxis postexposición): uso de terapia antirretroviral después de la exposición a la infección por VIH para tratar de prevenir que la infección se establezca.

PVS: personas con VIH y SIDA.

PPT: PowerPoint.

PrEP (profilaxis preexposición): en este método de prevención, las personas seronegativas toman medicamentos contra el VIH a diario o antes y después de las relaciones sexuales para protegerse de la infección por VIH. La PrEP ofrece la misma protección que los preservativos y TasP (tratamiento como prevención del VIH) cuando se utiliza de forma adecuada.

Prevalencia: número de pacientes o frecuencia de una característica (por ejemplo, una enfermedad o una nueva infección); a menudo se da como tasa de prevalencia=número de personas infectadas o enfermas en relación con el número de personas examinadas. Ejemplo: en Europa occidental, menos del 1 % de la población general está infectada por el VIH.

QA: garantía de calidad, también acción de calidad (www.qualityaction.eu).

Resiliencia: la capacidad de una persona para adaptarse a condiciones adversas, como el estigma, la discriminación o una crisis.

RKI: Robert Koch Institut, Berlín, Alemania.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

TAR: el tratamiento antirretroviral es la combinación de varios medicamentos para tratar una infección por VIH.

Autotoma de muestra: el usuario recoge una muestra de sangre o saliva. A menudo se pueden solicitar por correo. El usuario envía las pruebas a un laboratorio y recibe comentarios sobre los resultados, principalmente por Internet o por teléfono.

Autotest: el usuario recoge muestras de sangre o saliva, luego usa un kit de diagnóstico rápido para procesar la muestra, obtener resultados e interpretarlos por sí mismo de acuerdo con las instrucciones proporcionadas con el kit de prueba.

ITS (infecciones de transmisión sexual): la mayoría de las personas tendrán que lidiar con las infecciones de transmisión sexual tarde o temprano. Por ejemplo, la clamidia, el herpes, las enfermedades fúngicas y las verrugas genitales están muy extendidas. Pero, especialmente para los hombres gais, bisexuales y otros HSH, la gonorrea y la sífilis también son comunes. La mayoría de las ITS se pueden curar fácilmente. Es importante realizarse pruebas periódicamente si se tiene una vida sexual activa, ya que las ITS también pueden ser asintomáticas.

Estigma/discriminación: el estigma social es la desaprobación o discriminación de una persona basada en características sociales perceptibles que sirven para distinguirla de otros miembros de un grupo/sociedad. La discriminación se lleva a cabo normalmente mediante la consideración, el tratamiento o la distinción hacia una persona según el grupo, la clase o la categoría a la que se percibe que pertenece. Los estigmas sociales suelen estar relacionados con la cultura, el género, la raza, la inteligencia y la salud.

Sindemia/MPS (modelo de producción de sindemia): una sindemia es la presencia de dos o más estados de enfermedad o problemas que interactúan negativamente entre sí, afectando el curso de cada problema o enfermedad y aumentando la vulnerabilidad a la enfermedad, y que empeoran por las desigualdades a las que se enfrentan.

TasP: tratamiento como prevención (consultar también I=I)

THT: son las siglas de la organización Terrence Higgins Trust, Londres, Inglaterra, www.tht.org.uk

TFdF: taller de formación para formadores.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

I=I: indetectable=intransmisible significa que las personas que reciben un tratamiento eficaz contra el VIH no pueden transmitir el VIH a otra persona por vía sexual.

Enfoque sistémico integral: los enfoques sistémicos integrales implican identificar los distintos componentes de un sistema y evaluar la naturaleza de los vínculos y relaciones entre cada uno de ellos.

PT: paquete de trabajo

Los 5 factores: principios básicos para todos los servicios de pruebas de VIH de acuerdo con las pautas de la OMS: consentimiento, confidencialidad, asesoramiento, resultados correctos y conexión (vinculación con la atención).

Los 7 factores de la accesibilidad: siete principios básicos para asegurar la accesibilidad de bajo umbral a los servicios: conciencia, accesibilidad, asequibilidad, idoneidad, adecuación, aceptabilidad, disponibilidad.

90-90-90: también llamado «tratamiento cascada», se trata de un objetivo expresado por ONUSIDA en 2014 para poner fin a la crisis del SIDA en todo el mundo. El objetivo es que para el año 2020, el 90 % de todas las personas con VIH conozcan su estado de VIH, el 90 % de todas las personas diagnosticadas con infección por VIH reciban terapia antirretroviral continua y el 90 % de todas las personas que reciban terapia antirretroviral tengan una supresión viral. De hecho, ONUSIDA aumentó los objetivos a 95-95-95 para 2030. Las entidades y organizaciones dedicadas al VIH a menudo complementan los objetivos de 90-90-90, ya que, sin reducir el estigma del VIH a cero, no se cumplirán los objetivos de 90-90-90. En muchos países, estos objetivos se modifican con extras regionales, como un cuarto objetivo 90, etc.

Bibliography

Knowing the Community you are working with (Cultural Competence)

Cultural Competence

- The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care.
  JOSEPHA CAMPINHA-BACOTE, PhD, RN, CNS, BC, CTN, FAAN Transcultural C.A.R.E. Associates
- Billy Vaughn 2007 High Impact Cultural Competence Consulting and Training DTUI Publications
- 'Diversity Officer Magazine': Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 […]
- Rainbow Heights LGBT Project (US): Cultural Competency issues and considerations

Resilience

- Resilience, Syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193–205.
  Steven P. Kurtz, PhD, Mance E. Buttram, MA, Hilary L. Surratt, PhD, and Ronald D. Stall, PhD
- Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. Hospital and Community Psychiatry. 1993;44:162–167.
  Rabkin JG, Remien R, Katoff L, Williams JB.
- Hope and resilience in suicide ideation and behavior of gay and bisexual men following notification of HIV infection.
  Siegel K, Meyer IH. AIDS Education and Prevention. 1999;11(1):53–64.
- Multiple Minority Stress and LGBT Community Resilience among Sexual Minority Men.
  McConnell EA, Janulis P, Phillips G 2nd, Truong R, Birkett M.
  Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2018 Mar;5(1):1-12.
- Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual Issues and Research Evidence.
  Ilan H Mayer; NBCI.NLM.NIH.GOV/PMC2072932/
- Resilience as an untapped resource in Behavioural Intervention Design for gay men.
  Herrick, AL; Lim, SH; Smith, H; Guadamuz, T; Friedman, MS; Stall, R.
  NCBI.NLM.NIH.GOV/pubmed/21344306

Challenging Stigma & Discrimination

Stigma

- Combating HIV stigma in health care settings: what works?
  Laura Nyblade, Anne Stangl, Ellen Weiss, and Kim Ashburn
- J Int AIDS Soc. 2009; 12: 15. Published online 2009 Aug 6
  UNAIDS Gap Report 2015.

Vulnerable MSM groups

- Male Sex Workers: Practices, Contexts, and Vulnerabilities for HIV acquisition and transmission.
  Stefan David Baral, M. Reuel Friedman, Scott Geibel, Kevin Rebe, Borche Bozhinov, Daouda Diouf, Keith Sabin, Claire E. Holland, Professor Roy Chan, and Professor Carlos Caceres: Lancet. 2015 Jan 17; 385(9964): 260–273. Published online 2014 Jul 22.
- Central and East European migrant men who have sex with men: an exploration of sexual risk in the UK.
  Alison R Evans; Graham J Hart; Richard Mole; Catherine H Mercer; Violetta Parutis; Christopher J Gerry; John Imrie; Fiona M Burns: BMJ Journals Volume 87, Issue 4.
- Sociodemographic, Sexual, and HIV and Other Sexually Transmitted Disease Risk Profiles of Nonhomosexual-Identified Men Who Have Sex With Men.
  William L. Jeffries, IV, MA, MPH: Am J Public Health. 2009 June; 99(6)
- Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: a population-based survey of New York City men.
  Pathela P, Hajat A, Schillinger J, Blank S, Sell R, Mostashari F.
  Ann Intern Med. 2006 Sep 19;145(6):416-25.
- UNAIDS Gap Report 2015.

Service User Involvement

- Participative Quality Development: Deutsche Aidshilfe.
  Karl Lemmen; Prof Dr Michael T. Wright
- 5 Steps to Patient Engagement: The National eHealth Collaborative

Syndemic Production Models

- The Lancet Vol 389 March 4 2017.
- Resilience, Syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193–205.
  Steven P. Kurtz, PhD, Mance E. Buttram, MA, Hilary L. Surratt, PhD, and Ronald D. Stall, PhD

Complex Health Related Systems

- Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy.
  Babak Pourbohloul & Marie-Paule Kieny
  Division of Mathematical Modelling, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Innovation, Information, Evidence and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Bulletin of the World Health Organization 2011;89:242-242.

Working in Partnerships

Effective Partnerships

- Understanding Public Health: Health Promotion Theory.
  Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell
  Open University Press
- Arnstein's Ladder of Participation: «A Ladder of Citizen Participation».
  Journal of the American Planning Association, Vol. 35, No. 4, July 1969, pp. 216-224. Arnstein, S.R.

Social Capital

- Social Capital and Health.
  Catherine Campbell, Rachel Wood, Moira Kelly: Gender Institute, London School of Economics
  Health Education Authority Report for the Health Education Authority, 1999
- A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the U.S.
  Kawach, I et al.
- J.Epidemiol Community Health, 50: 245-51
- Understanding Public Health: Health Promotion Theory.
  Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell.
  Open University Press.

Motivational Interviewing

- Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change: Mountain Plains AIDS Education and Training Centre: sources are;
  Anez, L. M., Silva, M. A., Paris, M., Jr., & Bedregal, L. E. (2008). Engaging Latinos through the integration of cultural values and motivational interviewing principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 153-159.

  Basiago, S. (2007, April). The pharmacist's role in managing medication adherence. *CBI's 6th Annual Forum on Patient Compliance, Adherence, and Persistency*, Philadelphia, PA.

  Battaglia, C., Benson, S. L., Cook, P. F., & Prochazka, A. (in press). Building a tobacco cessation telehealth care management program for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. doi:10.1177/1078390313483314

  Berg-Smith, S. M., Stevens, V. J., Brown, K. M., Van Horn, L., Gernhofer, N., Peters, E. . . . Smith K. (1999). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*, 14, 399-410.

  Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x

  Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861. doi:10.1037/0022-006X.71.5.843

  Cook, P. F. (2006). Adherence to medications. In W.T. O'Donohue & E. R. Levensky (Eds.), *Promoting treatment adherence: A practical handbook for health care providers* (pp. 183-202). Thousand Oaks, CA: Sage.

  Cook, P. F., Bremer, R. W., Ayala, A. J., & Kahook, M. Y. (2010). Feasibility of a motivational interviewing delivered by a glaucoma educator to improve medication adherence. *Journal of Clinical Ophthalmology*, 4, 1091-1101.

  Cook, P. F., Richardson, G., & Wilson, A. (2012). Motivational interviewing training to promote Head Start children's adherence to oral health care recommendations: Results of a program evaluation. *Journal of Public Health Dentistry*. Online in advance of print. doi:10.1111/j.1752-7325.2012.00357.x

  Cook, P. F., & Sakraida, T. J. (2006). Training nurses on interventions to change behavior. *Communicating Nursing Research*, 39, 367.

  Hettema, J., & Hendricks, P. S. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 868-884.

  Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

  Lozano, P., McPhillips, H. A., Hartzler, B., Robertson, A. S., Runkle, C., Schlotz, K. A., . . . Kieckhefer, G.M. (2010). Randomized trial of teaching brief motivational interviewing to pediatric trainees to promote healthy behaviors in families. *Archieves of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164, 561-566.

  Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford.

  Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. American Psychologist, 64, 527-537.

  Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of Métodos to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1050

  Mitchell, S., Heyden, R., Heyden, N., Schroy, P., Andrew, S., Sadikova, E., & Wiecha, J. (2011). A pilot study of motivational interviewing training in a virtual world. *International Journal of Medical Internet Research*, 13(3), e77.

  Moyers, T. B., Miller, W.R., & Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 590-598.

  Pollak, K. I., Childers, J. W., & Arnold, R. M. (2011). Applying motivational interviewing techniques to palliative care communication. *Journal of Palliative Medicine*, 14, 587-592. doi:10.1089/jpm.2010.0495

  Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390–395.

  Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1993). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Journal of Addictions Nursing* 5(1), 2-16.

  Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 12(1), 38-48.

  Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 2024-2033.

  Robbins, L. B., Pfeiffer, K. A., Maier, K. S., LaDrig, S. M., & Berg-Smith, S. M. (2012).

  Treatment fidelity of motivational interviewing delivered by a school nurse to increase girls' physical activity. *The Journal of School Nursing*, 28(1), 70-78 doi:10.1177/105984051

  1424507

  Rollnick, S., Miller, W.R., & Butler, C.C. (2008). Motivational interviewing in health care: *Helping patients change behavior*. New York, NY: Guilford.

  Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.

  Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 816-822.

  Schwartz, R. P., Hamre, R., Dietz, W. H., Wasserman, R. C., Slora, E. J., Myers, E. F., … Resnicow, K. A. (2007). Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: A feasibility study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 495-501.

  Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education and Counseling*, 84, 16-26. doi:10.1016/j.pec.2010.06.025

  Suarez, M., & Mullins, S. (2008). Motivational interviewing and pediatric health behavior interventions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29, 417-428.

  Tomlin, K., Walker, R.D., Grover, J., Arquette, W., & Stewart, P. (n.d.). *Motivational interviewing: Enhancing motivation for change. A learner's manual for the American Indian/Alaska Native counselor*. Retrieved from http://www.motivationalinterview.org/Documents/Learners/ManualforMotivationalInterviewing.pdf

  Venner, K. L., Feldstein, S. W., & Tafoya, N. (2006). *Native American motivational interviewing: Weaving Native American and western practices*. Retrieved from http://casaa.unm.edu/mimanuals.html

  Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2006). Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *Journal of the American Dental Association*, 137, 789-793.

- Terrence Higgins Trust: Motivational Interviewing Training Tools.

New Technologies (TasP or U=U, PrEP, PEP and Self-Testing/Sampling)

- Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations: Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris, and Grant Russell. Int J Equity Health. 2013; 12: 18. Published online 2013 Mar 11.
- European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.
- National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STIs and TB Prevention. USA. Dec 2018.
- Terrence Higgins Trust website. Information correct as of August 2019

Frontline Interventions

- World Health Organization. (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015. World Health Organization.
- Euro HIV Edat.
- OptTEST.

STIs: symptoms and treatments

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf
- ecdc.europa.eu/en/gonorrhoea/facts
- ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-infection-annual-epidemiological-report-2017.pdf
- ecdc.europa.eu/en/chlamydia/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf
- ecdc.europa.eu/en/syphilis/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-hepatitis-A_0.pdf
- ecdc.europa.eu/en/hepatitis-A/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hepatitis-B-annual-epidemiological-report-2017.pdf
- ecdc.europa.eu/en/hepatitis-b/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2017-hepatitis-C.pdf
- ecdc.europa.eu/en/hepatitis-c/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Hepatitis-B-C-epidemiology-in-selected-populations-in-the-EU.pdf
- ecdc.europa.eu/en/publications-data/lymphogranuloma-venereum-annual-epidemiological-report-2017
- ecdc.europa.eu/en/lymphogranuloma-venereum/facts
- ecdc.europa.eu/en/human-papillomavirus/factsheet

World Health Organisation (WHO)

- 'Growing antibiotic resistance forces updates to recommended treatment for sexually transmitted infections'. 30 August 2016/NewsRelease/Geneva who.int/news-room/detail/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections

Chemsex

- Friday/Monday: Terrence Higgins Trust 2018.
- Drugscouts.de
- EMIS 2017.
- David Stuart.
- Dean Street Clinic.

'What is safer sex now?'

- European Centre for Disease Prevention and Control: HIV and STI Prevention among men who have sex with men. Stockholm. ECDC 2015.
- National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STI and TB Prevention. USA. December 2018
- Terrence Higgins Trust website: August 2019

Epidemiology (HIV, STI's & Viral Hepatitis)

- European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 – 2017 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
- Review of HIV and Sexually Transmitted Infections among men who have sex with men (MSM) in Europe. (WP1) RKI March 2017.

Prevention and Health Promotion Theories

- Health behaviour change models for HIV prevention and AIDS care: practical recommendations for a multi-level approach. Kaufman MR1, Cornish F, Zimmerman RS, Johnson BT. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999). Published online 2015 Jul 11.
- Bandura A (1995). Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press
- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (2002) *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Green LW, Kreuter MW (1999) *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Hawe P, McKenzie N, Scurry R (1998) Randomised controlled trial of the use of a modified postal reminder card on the uptake of measles vaccination, *Archives of Disease in Childhood* 79: 136–40.
- Marcus BH, Rossi JS, Selby VC, Niaura RS, Abrams DB (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. Health Psychology 11: 386–95.

- Marcus BH, Banspach SW, Lefebvre RC, Rossi JS, Carleton RA, Abrams DB (1992). Using the stage of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American Journal of Health Promotion* 6:424–9.
- Nutbeam D (2001) Effective health promotion programmes, in Pencheon D, Guest C, Meltzer D, Muir Gray JA (eds.) *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Nutbeam D, Harris E (2004) *Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories*. Sydney, NSW: McGraw-Hill.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Van Ryn M, Heany CA (1992) What's the use of theory?, *Health Education Quarterly*, 19(3): 315–30.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.
- NICE: https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/evidence/behaviour-change-review-4-models-369664528.
- WHO: http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/unaids_99_27.pdf.
- AIDSMAP: http://www.aidsmap.com/Theoretical-models-of-behaviour-change/page/1768379/(information correct as of August 2017 – link no longer live).
- Sweat, Michael. Report to the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): A Framework for Classifying HIV Prevention Interventions. 2009.

Settings and Interventions

Settings for Interventions

- European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.
- Understanding the impact of smartphone applications on STI/HIV prevention among men who have sex with men in the EU/EEA. Terrence Higgins Trust 2015.
- 'Reaching Out Online': University of Sussex & Terrence Higgins Trust 2014.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of online outreach for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- 'The Cruising Counts Guide': GMSH, Ontario, Canada. 2016.
- 'We are the sexperts': RFSL, Stockholm, Sweden. 2009.

Improving linkage and retention in care

- Euro HIV Edat: www.eurohivedat.eu / www.msm-checkpoints.eu
- OptTest: www.opttest.eu

Anti-Stigma

- HIV Prevention and psychosocial support for men in prisons: The Penitentiary Initiative. Ukraine.
- Acceptance on the gay scene: IWWIT. Germany.
- Stigmatisation of PLWHIV: IWWIT. Germany.
- Test and Testing Awareness: IWWIT. Germany.
- HIV and Buddies: Sprungbrett. Germany.
- Enough is Enough: Challenging Stigma & Discrimination. European Union.
- HIV Information in Sign Language: Gehoerlosen. Germany.
- Smartphone/WebApp/Social Media initiative to meet MSM not linked to services: Quickiecheck. Austria.
- Rainbow Laces: Kicking Homophobia out of football: Stonewall. UK
- Stamp It Out: Ending discrimination in football. UK
- O=O (U=U): A YouTube intervention: RFSL. Sweden.
- Break The Chains: Staying HIV Negative: Swiss AIDS Federation. Switzerland.
- Dr Gay: Online advice tool for Gay and other MSM: Swiss AIDS Federation. Switzerland.
- GayIsOK: Lush Cosmetics. Worldwide.
- This Is Our Community: Bisexual Anti-Stigma Poster Campaign. Canada.
- Daily Blue Campaign: Combatting PrEP related stigma: Human Rights Campaign. USA.
- U=U: Undetectable = Untransmittable: Prevention Access Campaign. USA.

Skills Building

Social Marketing

- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of Twitter for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of Facebook for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to the effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of YouTube for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017

- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of Google AdWords for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of online outreach for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of smartphone application advertising for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to the effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017
- European Centre for Disease Prevention and Control. Effective use of digital platforms for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An introduction to the ECDC guides. Stockholm: ECDC; 2017

Building Tailored Training

- Places and People: The perceptions of men who have sex with men concerning STI Testing: A qualitative study. Sexually Transmitted Infections.
- Sexual Health of Ethnic Minority MSM in Britain (MESH Project): Design and Métodos. BMC Public Health.
- Setting the standards for sexual health support for MSM-Community Health work in Slovenia. AIDS Action Europe.
- Journal of Gay and Lesbian Mental Health.
- Promoting the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men: Public Health England.
- Promoting the sexual health of MSM in the context of comorbid mental health problems. Europe PMC.
- Public Health Guidance in brief on HIV, Hepatitis B and C Testing in the EU/EEA: ECDC.
- Public Health (full report) on HIV, Hepatitis B and C Testing in the EU/EEA: ECDC.
- Drug use among men who have sex with men: Implications for Harm Reduction. Sigma Research.
- Joining up sexual health and drugs services to better meet client needs: European Monitoring Centre for drugs and drug addiction.
- Guidance on prevention and control of blood borne viruses in prison settings: ECDC. 2018.
- Guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings: ECDC. 2018.
- Thematic Report: Prisoners: ECDC. 2014.
- Evidence Brief: HIV and Laws and Policies in Europe: ECDC. 2017.
- Evidence Brief: Impact of stigma and discrimination on access to HIV services in Europe: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV and men who have sex with men: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV treatments and care: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV and Migrants: ECDC. 2017.
- Thematic Report: Sex Workers: 2014 Progress Report: ECDC. 2015.