

**“EVALUACION NACIONAL DE LA CONSEJERIA
PARA LA PREVENCION DEL VIH/SIDA”**

INFORME FINAL

**Realizado por
FLACSO-Chile**

**Para
CONASIDA**

Santiago, Marzo de 2004

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	6
II. LA CONSEJERIA PARA LA PREVENCION PRIMARIA EN VIH/SIDA	11
a) La consejería para la prevención del VIH/SIDA	11
b) El rol de la consejería en la epidemia del VIH/SIDA	16
c) El rol de la consejería según los/as entrevistados	17
d) “El/a Consejero/a” y “el/a consultante”	21
e) ¿Quiénes son los/as consejeros/as del sistema público de salud?	26
III. LA FORMACION DE CONSEJEROS EN PREVENCION PRIMARIA DE VIH/SIDA	30
1. Caracterización de los/as consejeros/as formados	31
a) ¿Quiénes han asistido a los talleres de formación?	31
b) Año en que los/as consejeros/as asistieron a talleres de formación	32
c) Tipo de formación a la cual han asistido los/as consejeros/as	33
d) Período en el cual los/as consejeros/as asistieron a talleres de formación	34
e) Número de talleres de formación a los que han asistido	35
f) Institución responsable del taller de formación principal al que asistieron	36
g) Número de horas que duró el taller de formación personal principal	37
2. La oferta educativa recibida	38
a) Las prácticas pedagógicas: actividades realizadas durante los talleres de formación	38
b) Saberes y contenidos en los talleres de formación	40
3. Evaluación de las actividades de formación en las que participaron	46
a) Evaluación de aspectos específicos de los talleres de formación	46
b) Evaluación del conjunto de las actividades de formación en las que participaron	49
c) Las voces de consejeros y consejeras	50
4. Conocimiento del sistema de formación por autoridades de Seremis y Servicios de Salud	53
5. Actividades de réplica en Regiones y Servicios de Salud	56
IV. LA PRACTICA DE LA CONSEJERIA EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD	59
1. Consejería de pre test de Elisa	61
a) ¿Cuántos/as consejeros/as realizaron consejerías pre test en los tres meses anteriores a la encuesta?	61
b) Número promedio de consejerías pre test realizadas en el período	62
c) Duración promedio de las consejerías pre test	63
d) Percepción del tiempo disponible para realizar consejerías pre test	64
e) Las actividades realizadas durante las consejerías pre test	65
f) ¿Quiénes llevan un registro confidencial de las consejerías?	72
g) Seguimiento a los/as consultantes por parte de los/as consejeros/as	74
h) Medidas de confidencialidad	76
2. Consejerías cara a cara post test con entrega de resultado negativo (CPTN)	81
a) ¿Cuántos/as consejeros/as realizaron consejerías post test con entrega de resultado negativo en los tres meses anteriores a la encuesta?	81
b) Número promedio de consejerías post test con entrega de resultado negativo	83
c) Duración promedio de las consejerías post test con entrega de resultado negativo	84
d) Percepción del tiempo disponible para realizar consejerías post test con entrega de resultado negativo	85
e) Las acciones realizadas durante consejerías post test con entrega de resultado negativo	86

3. Consejerías cara a cara post test con entrega de resultado positivo (CPTP)	91
a) ¿Cuántos/as consejeros/as realizaron consejerías post test con entrega de resultado positivo en los tres meses anteriores a al encuesta?	91
b) Número promedio de consejerías post test con entrega de resultados positivos (CPTP) realizadas en el período	93
c) Duración promedio de las consejerías post test con entrega de resultados positivos	94
d) Percepción del tiempo disponible para realizar consejerías post test con entrega de resultados positivos	95
e) Las acciones realizadas durante las consejerías post test con entrega de resultados positivos (CPTP)	97
f) Acciones y estrategias para abordar a grupos específicos	103
f.1 Entregar resultados positivos a mujeres	103
f.2 Abordar la situación de los varones con resultado positivo que viven con familia (mujer y/hijos)	104
f.3 Obstáculos que señalan los consultantes homosexuales o gay para adoptar medidas preventivas	105
f.4 Las acciones para manejar de las expresiones suicidas del tipo “Si sale positivo, me voy a matar”	106
f.5 Rechazo frente a cierto tipo de consultantes	106
f.6 Dilemas éticos que enfrentan con respecto a los/as consultantes y la información que les debe entregar	108
4. Síntesis de las consejerías y evaluación final	109
5. Las áreas de formación en que los/as consejeros/as dicen necesitar profundizar	101
V. GESTIÓN DE LA CONSEJERÍA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	118
1. Contexto institucional en que se realizan las consejerías	118
a) Lugar que ocupa y debería ocupar la consejería de prevención primaria del VIH/SIDA	118
b) Las formas de selección de los/as consejeros/as	126
c) Las actividades que los/as consejeros realizan además de las consejerías para la prevención primaria de VIH/SIDA	126
d) Participación de consejeros/as en Programas de Salud Pública	129
e) Supervisión de la actividad de consejería	129
f) Sistema de tutorías y de pasantías	129
g) Existencia de sala de espera especial para quienes van a las consejerías	130
h) Los principales problemas a los que deben enfrentarse los/as consejeros en sus lugares de trabajo	130
i) Recursos destinados por los servicios de salud a la consejería	134
2. La toma de muestra para el test de ELISA en las instituciones	136
a) Demora en entregar de resultados a los/as consultantes	137
b) Restricciones para tomar las muestras para el test de ELISA	138
3. La Red de Consejeros/as para la prevención primaria de VIH/SIDA	138
a) ¿Quiénes saben que son parte de una red de consejeros/as para la prevención del VIH/SIDA?	138
b) Participación en actividades de la red de consejerías	140
c) Conocimiento de la página web de la red de consejeros/as	140
d) Conocimiento y lectura del diario del consejero	140
e) Derivaciones desde el FONOSIDA	141
f) Percepción del impacto de la Campaña por medios de comunicación del 2003 para la prevención del VIH/SIDA	143

4. Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo y con la experiencias de consejero/a	144
a) Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo en las que consejeros/as deben desempeñarse	144
b) Grado de satisfacción con la experiencia de trabajar como consejero/a cara a cara	145
VI. CONSULTANTES DEL SISTEMA PUBLICO	147
1. Evaluación de la consejería pre test	148
a) Tiempo que duró la consejería pre test	151
b) Las acciones que se realizaron en la consejería pre test	152
2. Evaluación de la consejería post test	157
a) Entrega del resultados del examen	159
b) Tiempo que duró la consejería post test	160
c) Las acciones que se realizaron en la consejería post test	160
d) Sugerencias desde los/as consultantes a la consejería en prevención primaria	160
e) Sugerencias desde las personas viviendo con VIH	167
VII. LA CONSEJERÍA ENTRE PARES EN INSTITUCIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL – REGION METROPOLITANA	169
1. Estructura de la consejería en las instituciones de la sociedad civil a partir de su implementación	170
a) Las intencionalidades de la consejería	170
b) Los actores de la consejería	187
c) La relación o mediación en la consejería	193
d) Acciones en las sesiones de consejería	196
e) Técnicas o materiales de apoyo a la consejería	201
f) Contextos temporales y espacial de la consejería	202
2. Los contextos de la consejería en VIH	203
3. La formación en consejería a partir de la visión de los consejeros/as	212
4. Carencias, expectativas y demandas de los consejeros/as en VIH	216
5. La mirada de los usuarios/as	221
VIII. CONCLUSIONES	226
1. Conclusiones generales	226
2. Los/as consejeros/as: formación y capacitación	227
3. Consejería cara-a-cara	231
4. Consejería post-test	235
5. Consejería entre pares – Región Metropolitana	237
Referencias Bibliográficas	238
ANEXOS	
1. Reseña histórica	
2. Informe encuesta “Escuchando la voz de consejeros y consejeras”	
3. Sistematización entrevistas sistema publico	
4. Informe encuesta “escuchando la voz de usuarios y usuarias”	
5. La consejería entre pares en instituciones de la sociedad civil – Región Metropolitana: Síntesis	
6. Instrumentos para la evaluación continua de la Consejería	

Este texto corresponde al Informe Final de la “Evaluación Nacional de la Consejería para la Prevención del VIH/SIDA” encargada a FLACSO por CONASIDA. Considera tanto el Estudio diagnóstico y evaluación de la consejería en el sistema público de salud, como el Estudio diagnóstico y evaluación de la consejería en instituciones de la sociedad civil de Región Metropolitana.

El Informe ha sido organizado de la siguiente manera:

- Introducción
- La consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA en Chile
- La formación de consejeros
- La práctica de la consejería
- Gestión de la consejería en el sistema público de salud
- La consejería entre pares en instituciones de la sociedad civil
- Conclusiones y recomendaciones

Anexos:

1. Recuento histórico
2. Informe Final de la Encuesta
3. Sistematización de las entrevistas en profundidad en el sistema público
4. Resumen de la consejería entre pares en instituciones de la sociedad civil

De acuerdo a lo solicitado en los Términos de Referencia, cada capítulo representa un diagnóstico evaluativo del tema específico abordado y se ajusta a las conversaciones sostenidas con la contraparte técnica de CONASIDA: En su conjunto apunta a la optimización de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA, tanto en el sistema público de salud, como en las ONGs.

I. INTRODUCCION

La estrategia de prevención del VIH/SIDA impulsada por CONASIDA a nivel nacional contempla tres niveles de trabajo. Uno masivo, destinado a mantener la alerta social y percepción de riesgo en la población general, a través de mensajes en los medios comunicación social, el trabajo con comunicadores sociales y la realización de eventos. Un segundo nivel - grupal comunitario- para socializar aprendizajes entre pares y promover ambientes sociales que valoren la prevención, mediante la focalización en grupos vulnerables de proyectos intersectoriales comunales, y un tercer nivel –individual- destinado a apoyar la gestión del riesgo entregando información y orientación personalizada a personas. Ello a través de la consejería cara a cara y de la consejería telefónica.

Asimismo, desde 2000 impulsa el desarrollo de de Planes regionales intersectoriales de respuesta al VIH/SIDA, destinados a consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos.

En el marco de la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA en el mundo, la consejería ha ido cobrando un lugar día a día más significativo. Es así que se le han asignado dos principales objetivos: por una parte, prevenir la infección y transmisión del VIH, y por otra, dar apoyo psicosocial a las personas que directamente o no, están afectadas por él. Esencialmente se la asocia a un proceso de facilitación y de apoyo en la toma de decisiones, orientadas todas a la disminución del riesgo y reducción del daño.

En este marco, los objetivos generales que ha planteado CONASIDA para la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA en Chile apuntan a la entrega de:

- apoyo educativo
- apoyo a la gestión de riesgo y reducción del daño
- apoyo psicosocial
- apoyo en la vinculación en redes

De este modo, la consejería está orientada a determinar las formas en que los estilos de vida y las conductas de una persona pueden representar un riesgo para adquirir el VIH y a contribuir a su modificación. En su aplicación, la consejería tiene diferentes características en función de la modalidad de desarrollo, el lugar donde se realiza, los actores sociales interesados, la estrategia en curso, los grupos objetivos y de las diversas necesidades de apoyo psicosocial.

Se distingue entre la consejería para la prevención en términos generales, cuyo eje central es la promoción de conductas sexuales más seguras respecto a la epidemia, y la consejería asociada al test de detección del VIH, referida tanto a la consejería pre-test como también, post-test (consejería para resultado negativo y positivo).

Más allá de la diversidad de características que puede tener la consejería se reconocen cuatro componentes centrales: entrega de información personalizada, apoyo emocional para enfrentar el estrés vinculado con el VIH; evaluación y planificación de la reducción de los riesgos y

daños, y derivación a otros servicios, según las necesidades específicas de los usuarios. A ello se agrega la vinculación a redes de apoyo.

La implementación de la consejería requiere, muy fundamentalmente, la formación de consejeros/as capaces de establecer una relación de ayuda y dar el apoyo psicosocial necesario, junto con la información y herramientas que permitan a la persona consultante decidir sobre su vida.

El estudio “Evaluación Nacional de la Consejería para la Prevención del VIH/SIDA” encargado a FLACSO por CONASIDA se enmarca en el desarrollo del Proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile”, aprobado por el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la Malaria, cuyos objetivos generales son:

- Complementar y ampliar la respuesta actual, optimizando los recursos y calidad de las intervenciones.
- Reducir la brecha entre la situación actual y los desafíos que la epidemia plantea al país, buscando lograr cobertura de 100% para tratamiento antiretroviral.
- Asegurar la sustentabilidad de las acciones, otorgándoles continuidad y permanencia.
- Fortalecer las alianzas entre los sectores públicos y privados, gubernamentales y no gubernamentales, favoreciendo el trabajo asociativo y colaborativo.

Entre los objetivos específicos del Proyecto se considera optimizar los modelos de consejería para la prevención del VIH/SIDA, su aplicación a nivel individual, y desarrollar modelos de consejería entre pares en poblaciones vulnerables.

De aquí la presente evaluación del modelo de formación de consejeros y de su aplicación, así como de los modelos de consejería entre pares para población vulnerable. Su propósito es el mejoramiento de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA, tanto de la formación de consejeros/as como de la implementación en el sistema público y en ONGs de Región Metropolitana. Para ello tuvo los siguientes objetivos:

Objetivo general

El objetivo general del estudio fue evaluar los modelos de formación y aplicación de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA instalada en el sistema público de salud de todo el país, y en organizaciones de la sociedad civil que realizan consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA en la Región Metropolitana.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos fueron:

- Evaluar los procesos de formación de consejeros desarrollados en el sistema público de salud del país y aquellos desarrollados en organizaciones de la sociedad civil que realizan consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA en la Región Metropolitana.
- Evaluar los procesos de implementación de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA tanto en el sistema público de salud, como en las organizaciones de la sociedad civil señaladas.

El presente estudio apuntó a los procesos, es decir, la relación entre las actividades realizadas y los resultados alcanzados en la formación de consejeros y en la implementación de la consejería. En segundo lugar, se concentró en la efectividad y utilidad, entendida como la relación entre los resultados obtenidos en cada experiencia de consejería analizada y los objetivos propuestos: apoyo educativo, psicosocial, a la gestión de riesgos y a la vinculación en redes. La efectividad centra su análisis en la percepción de los cambios en las prácticas e interacciones de los consejeros y usuarios de esos servicios en el sistema público de salud.

Para estos efectos, la recolección de información se centró en los procesos de formación de consejeros/as, en la gestión de la consejería y en las condiciones en que esta se desarrolla, tanto en la investigación en el sistema público, como en el estudio en Región Metropolitana.

La formación de consejeros constituyó un eje transversal en todo el proyecto. Para estos efectos se hizo una revisión de los diseños de formación disponibles, el plan de cursos y los materiales utilizados en los cursos y/o talleres de formación de CONASIDA. También se analizó el proceso de formación y su influencia en las prácticas de consejerías según el relato de los/as propios/as consejeros/as.

Interesó conocer las percepciones de los consejeros/as en cuanto a la capacidad adquirida para ser continentes afectivos de los consultantes y para contribuir a la formulación de planes de reducción de riesgo y daños. Asimismo, se indagó sobre la capacidad de los consejeros de seguir aprendiendo a partir de la práctica de las consejerías, lo que podría paliar las insuficiencias de formación y/o contribuir a enfrentar la complejidad y diversidad de circunstancias personales y culturales comprometidas en las prácticas de consejerías.

En segundo lugar, se profundizó en la implementación de la consejería, y especialmente, la eficiencia y calidad de la gestión de los equipos para llevar a cabo las actividades que garantizan los resultados esperados.

Se buscó identificar aquellos elementos positivos que aparecen en las voces de los consejeros y los usuarios. En este sentido, interesó, la narración que hacen los sujetos participantes de modo de conocer la definición de su propia experiencia, entendiendo que aspectos como la continuidad, término, replicabilidad y formas de optimización de las experiencias requieren la incorporación activa de quienes han desarrollado la consejería.

Se tuvo presente, también, la medida en que los/as consejeros/as, usuarios/as, directivos y encargados de la consejería en el sistema público de salud- logran identificar factores externos - fuera del control de los ejecutores- que condicionan los resultados esperados, como son aquellos de tipo epidemiológico (prevalencia del VIH, distribución y tendencias), sociocultural (actitudes sociales y de grupos clave de la sociedad), históricos y políticos (legislación y normativas sobre el examen, notificación de enfermedades, compromiso político con el tema) y de oferta de servicios (distribución del personal y los establecimientos de salud, de planificación familiar y otros).

Finalmente, esta evaluación pretende contribuir al conocimiento que fundamenta la consejería, aportando al aprendizaje y a los conocimientos que los propios equipos a cargo de los servicios tienen de los problemas que enfrentan.

Desarrollo del estudio

Para llevar a cabo este estudio se formó un equipo de trabajo integrado por investigadores/as y algunos/as expertos en el tema¹, y se organizó la tarea en dos subproyectos, uno destinado a analizar los procesos de formación e implementación de la consejería en organizaciones de la sociedad civil en Región Metropolitana, y otro nacional, destinado a evaluar tanto el proceso de formación como la implementación de la consejería en prevención primaria en el sistema público del país. Cada subproyecto contó con un coordinador y equipo propio. El conjunto del proyecto tuvo una coordinación general.

El equipo de investigación, más las/os expertas/os funcionaron en un taller interno de trabajo y discusión conceptual permanente a lo largo de todo el proceso, especialmente en la fase inicial, en la elaboración de los instrumentos de recolección de información, al momento del análisis de los resultados y en la fase final de integración de los resultados obtenidos a través de cada uno de los componentes del mismo.

Asimismo, antes de iniciar el estudio propiamente tal, los coordinadores de los subproyectos participaron en un proceso de “inducción” organizado por CONASIDA, el que consistió en varias reuniones y entrevistas con actores relevantes para el tema de investigación.

A lo largo de todo el proceso de investigación se mantuvo una interlocución estrecha con la contraparte técnica de CONASIDA, lo que permitió un trabajo fluido, con la aprobación de los instrumentos, con apoyo para los contactos con autoridades, encargados de programa y consejeros.

El estudio de la consejería entre pares en Región Metropolitana abarcó cinco ONGs especializadas en VIH/SIDA². Incluyó reuniones del equipo investigador con las instituciones, sistematización de las conversaciones, lectura de los documentos proporcionados por las instituciones, entrevistas individuales según las decisiones muestrales (29 entrevistas) y aplicación de un cuestionario.

En este proceso de diagnóstico y evaluación de las instituciones de la sociedad civil se mantuvo una comunicación directa con el equipo a cargo de la sistematización de las experiencias de consejería en prevención primaria del VIH/SIDA y sexualidad que desarrollan estas

¹ El equipo de investigación estuvo formado por: Teresa Valdés, coordinadora general; José Olavarría, coordinador del estudio nacional en el sistema público de salud; Gabriel Guajardo, coordinador del estudio en instituciones de la sociedad civil de la Región metropolitana; Rodrigo Vera, Tim Frasca y Alejandra Fergadiott, expertos; Sebastián Madrid, responsable de la encuesta a consejeros; Rodrigo Vera G., responsable de la plataforma y cuestionario en internet; Gonzalo Rojas, asistente en el estudio en instituciones de la sociedad civil; M. Cristina Benavente, Rodrigo Parrini y Susana Olavarría, entrevistadores en el estudio nacional en el sistema público; Arturo Márquez, asistente en el estudio nacional en el sistema público.

² El detalle de la Metodología y los instrumentos utilizados se encuentra en el Informe de Avance entregado en enero de 2004.

organizaciones. En este sentido, se sostuvo una reunión de trabajo en CONASIDA para estos fines en el transcurso del mes de enero de 2004 y a la vez, se contó con la posibilidad de acceder al informe final³. En ambos casos la información se debe considerar complementaria a los resultados que se presentan en este documento.

La información obtenida fue desgrabada, sistematizada y analizada de acuerdo con los objetivos del estudio, poniendo énfasis en las posibilidades de optimizar el aporte que dichas instituciones realizan en la prevención del VIH/SIDA a través de la consejería.

En el estudio nacional⁴ se utilizó una encuesta autoaplicada a través de internet dirigida a todos/as los/as consejeros/as registrados en CONASIDA, y algunas mediante cuestionario impreso, obteniéndose 220 respuestas (Ver Anexo). En segundo lugar, se entrevistó a 94 personas entre Consejeros/as, Consultantes (hombres y mujeres), Personas viviendo con VIH (hombres y mujeres), Directores de servicio, Encargados de programa a nivel de servicios, Seremi e informantes calificados, en las regiones I., V., Metropolitana y VIII y un total de 6 servicios de salud.

El trabajo de campo de ambos subproyectos se desarrolló siguiendo un conjunto de normas éticas en todas sus fases y módulos, siendo la confidencialidad el elemento central. Se aseguró el anonimato de la identidad de las personas participantes y de la información obtenida que los aluda.

La información recogida a través de la encuesta en internet fue procesada computacionalmente mediante el programa SPSS, realizándose aquellos cruces de variables que resultaban de mayor interés para el estudio de acuerdo con las preguntas de investigación.

La información reunida en las entrevistas fue desgrabada y sistematizada a partir de las preguntas de investigación, y analizada transversalmente.

Finalmente, se integró la información recogida mediante la encuesta y las entrevistas de profundidad de modo de entregar una visión completa de los procesos de formación de consejeros/as y de la práctica de la consejería, considerando las diversas voces consultadas, de acuerdo con los objetivos del estudio.

³ Parra, Víctor; Ahumada, Claudio; Guajardo, Alejandro (2004) Sistematización a cinco instituciones que realizan consejería en prevención primaria del VIH/SIDA y sexualidad desarrollada en organizaciones de la sociedad civil de la Región Metropolitana, en el marco del proyecto-programa de optimización de la consejería para la prevención del VIH/SIDA general, entre pares y transmisión vertical. Santiago: Documento inédito (elaborado para la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA Ministerio de Salud).

⁴ El detalle de la Metodología y los instrumentos utilizados se encuentra en el Informe de Avance entregado en enero de 2004.

II. LA CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN VIH/SIDA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

En este capítulo se analiza conceptualmente la noción de consejería en prevención primaria en VIH/SIDA, se señala los conceptos adoptados por CONASIDA y se contrastan con las opiniones y prácticas declaradas por los/as entrevistados/as. Se considera la información entregada por consejeros/as a través de una encuesta nacional -en línea- respondida por 219 profesionales que se desempeñan como tales (Ver Anexo 2.) y en entrevistas individuales a doce consejeros/as en seis Servicios de Salud. Incluye asimismo la opinión de cuatro Seremis de Salud, Encargados de Programas de VIH/SISA de esas Seremi, seis Directores de Servicios de Salud (los mismos donde se entrevistó a consejeros/as) y Encargados de Programas de Atención Primaria, APP, y de VIH/SIDA. Finalmente, se solicitó la opinión a cinco informantes claves indicados por CONASIDA.

a) La consejería para la prevención del VIH/SIDA

La consejería en prevención liga dos nociones que tienen historia, la prevención, por una parte, y la consejería, por otra. A lo largo de los años estas nociones se van ajustando a la realidad y las necesidades de la población, incorporando nuevas dimensiones y problemáticas. La prevención es considerada una dimensión fundamental en la promoción de la salud, y la consejería ocupa un lugar cada día más relevante en cuanto a abordar los nuevos desafíos que vive la población en sociedades postmodernas caracterizadas crecientemente por el riesgo (Beck 1998). La consejería en prevención aparece como una acción social que permite aminorar los riesgos en una sociedad donde las consecuencias de las acciones humanas se vuelven poco predecibles⁵.

La idea de prevención amplía el concepto de consejería y lo coloca en un continuo que va desde la educación sexual, la información y orientación al conjunto de la población en relación al VIH/SIDA, hasta las acciones específicas de prevención en torno al Test de Elisa, dirigida a: *“personas que viven con el VIH o el SIDA, sus parejas, familiares y amigos; personas que solicitan la realización del test de detección del VIH; personas que buscan ayuda para prevenir situaciones de riesgo de exposición al VIH, y personas que viven situaciones de crisis relacionadas con el VIH, como ante el resultado de exámenes de carga viral, aparición de síntomas, decisiones frente al embarazo, etcétera”*.⁶

El control de la epidemia del VIH/SIDA constituye, sin duda, uno de los mayores desafíos que enfrentan hoy los gobiernos a la hora de asegurar el bienestar de la población y es así que las

⁵ Según Beck, la “sociedad del riesgo”, propia de la modernidad actual, se distingue por una creciente inseguridad y la capacidad de prevenir riesgos o *de anticipar peligros*, se vuelve una habilidad cada vez más cotizada. Los riesgos no pueden ser planificados, identificados o imputables a una única causa: la nueva situación creada por estos riesgos exige una respuesta de todo el cuerpo social. La “sociedad del riesgo” traslada su preocupación desde la distribución de los “bienes” (propiedad, renta, empleo), a la distribución de los “males” en la sociedad (medio ambiente, tecnología nuclear, SIDA, etc.). Habiéndose erosionado las seguridades que proveían las creencias religiosas, los riesgos de la sociedad moderna aparecen como incalculables y fuera del control de las personas (Beck 1998 y 2000).

⁶ CONASIDA, NotaSida N°4 <www.CONASIDA.cl>

nociones de prevención y de consejería adquieren nuevas acepciones y se redefinen y especifican en el marco de las estrategias para enfrentar la epidemia, cuyos objetivos son la disminución de la transmisión del VIH/SIDA y de la discriminación de las PPVH.

En efecto, ya en 1987 la OMS ya había adoptado y recomendado la consejería como estrategia de apoyo psicosocial privilegiado para la prevención del VIH/SIDA, definiéndola en sus documentos como “*un diálogo confidencial entre un(a) consultante y un(a) consejero(a) cuya finalidad es contribuir a que el primero supere su estrés y tome decisiones relacionadas con el VIH/SIDA*”⁷.

En el caso de Chile, el concepto aplicado por CONASIDA está en concordancia con el marco conceptual aceptado internacionalmente para la consejería en VIH/SIDA, epidemia entendida como un problema de salud que sobrepasa lo biomédico, siendo un tema socio-cultural. Entiende la consejería como “*un proceso de comunicación interpersonal entre un consejero y un consultante, basado en la escucha activa centrada en la persona, en el contexto de una relación de confianza, que desarrolla las capacidades y recursos internos de la persona para llevar a cabo su proceso de evaluación de riesgo y toma de decisiones en plena libertad, contando con apoyo emocional especializado e información personalizada*”. Se enmarca “*en el contexto de los principios éticos orientadores como el derecho a la decisión libre e informada, la autonomía de las personas y el derecho a la confidencialidad; y que es ejercida por personas debidamente capacitadas: profesionales y técnicos de salud; y miembros de organizaciones sociales*”.⁸

Se distingue la consejería de la psicoterapia, en que la consejería es más breve, focal, que incluye la facilitación de toma de decisión y la transmisión de información relevante. Se reconocen distintas corrientes o enfoques en su aplicación, como son el cognitivo-conductual, el psicoanalítico, el existencialista y el modelo centrado en la persona⁹.

Se señala como una exclusividad de la consejería, que constituye una comunicación confidencial, permitiendo la consideración de aspectos individuales, a diferencia de la mera entrega de información y educación.

La consejería para VIH/SIDA tiene tres objetivos principales: “(1) *Proporcionar apoyo educativo que permita compartir conocimientos sobre VIH/SIDA y ETS, su prevención y tratamiento, y aclarar las dudas que eventualmente surgen en las personas. (2) Apoyar la gestión de riesgo que implica el proceso afectivo e intelectual de evaluación del propio riesgo de adquirir la infección y la decisión de asumir la forma de prevención más adecuada para cada situación en particular. (3) Facilitar apoyo psicosocial a quienes necesitan manejar episodios de crisis relacionados con el VIH, asociados al diagnóstico de seropositividad o a situaciones derivadas del riesgo de infección. Está comprobado que el impacto psicológico que*

⁷ ONUSIDA (1997) “Asesoramiento y VIH/SIDA. Actualización técnica”. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas. Ginebra: ONUSIDA.

⁸ Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención – Ministerio de Salud (2002) Documento técnico: Consejería para VIH/SIDA. Santiago: CONASIDA.

⁹ Tourette-Turgis, Catherine (1996) La Consejería. Teoría y Práctica. Ediciones ¿Que sais-je? Julio. Traducción del francés al español realizada por Cecilia Galleguillos (1999) Consejer Ltda., Junio.

produce la eventual infección VIH se asocia a dificultades emocionales tanto para las personas seronegativas como para las que viven con el VIH (Tourette-Turgis 1996)”¹⁰.

Para ello se requiere que la consejería sea confidencial y personalizada, que responda a las necesidades que plantea la persona consultante, de modo que pueda facilitar la toma de decisiones, y que sea un proceso fortalecedor que les permita tomar responsabilidad plena de sus decisiones personales y las que competen a su entorno. Se advierte que cualquier persona que posea motivación, compromiso y con una adecuada formación técnica, puede hacer consejería. Asimismo, hay aspectos considerar relacionados con el autocuidado de los/las consejeros/as a considerar, como son algunos procesos emocionales vinculados al ejercicio de la consejería: confusión, impaciencia, fatiga, agotamiento, enojo, impotencia, automatización, ambivalencia, estrés, temor.

La consejería es definida también como *“una actividad confidencial, voluntaria, gratuita, individual que cuente con el espacio y tiempo adecuados, comprensible y culturalmente consciente. Desarrollada en condiciones óptimas, permite además entregar herramientas para adoptar decisiones sobre la propia vida; fortalecer la confianza en sí mismo; mejorar las relaciones sociales y familiares y por ende, la calidad de vida”¹¹.*

La estrategia de prevención elaborada desde CONASIDA posee dos ejes centrales, gestión de riesgo y vulnerabilidad. Mientras el primero se refiere a una probabilidad determinada por la conducta individual, la segunda, apunta a la desigualdad e inequidad social. El trabajo desarrollado se ha enfocado en los procesos individuales y colectivos en conjunto con las personas y no para las personas.

El rol que se autoasigna CONASIDA es el de ser facilitador de los procesos de aprendizaje de la gestión de riesgo en las personas y propone tres niveles de trabajo y acciones, orientados a facilitar los procesos de cambio de actitud frente a la prevención del VIH/SIDA: individual -por medio de *consejería* directa o telefónica, grupal comunitaria -socializar los aprendizajes entre pares, con relación a la prevención y gestión de riesgo y reducción del daño, en especial en grupos considerados vulnerables- y masivo -campañas de comunicación social, eventos y actividades dirigidas a público anónimo y heterogéneo.

Se distinguen las formas de consejería convencional y no convencional¹², la primera ubicada en consultorios y hospitales, ofrecida por profesionales, mientras que la segunda es ofrecida por la comunidad y se desarrolla en contextos no convencionales. A esto se le agrega la diferenciación que hizo la OMS: entre pre-test, pos-test, post-diagnóstico, familiar, para “sujetos preocupados” y telefónica.

a) *Consejería para prevención*: tiene como objetivo determinar junto al usuario de qué manera los estilos de vida y conductas de una persona pueden representar un riesgo para adquirir el

¹⁰ CONASIDA, NotaSida N°4 <www.CONASIDA.cl>

¹¹ Parrini, R., Rodrigo (s/f) Formación de Consejeros y Consejeras en VIH/SIDA en el Servicio de Salud Viña del Mar, Quillota, V Región. Experiencias y discursos. Power Point.

¹² Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención – Ministerio de Salud (2002) Documento técnico: Consejería para VIH/SIDA. Santiago: CONASIDA.

virus. Cuatro son sus componentes: entrega de información personalizada, apoyo emocional para enfrentar estrés vinculado al VIH, evaluación y planificación de la reducción de riesgos y daños y derivación a otros servicios, según las necesidades de cada usuario. Principal, es la promoción de conductas sexuales más seguras.

b) Consejería para prevención asociada al Test de Detección: prepara a la persona para el examen, le explica las consecuencias de saber si vive o no con VIH, centrando la conversación en el enfrentamiento del estado serológico. Entrega información acerca de cuándo es mejor realizar el examen, y explora la emocionalidad e información asociada a este momento. Se cita a ONUSIDA y la disposición de que las pruebas de VIH deben ser de buen calidad, voluntarias y confidenciales, acompañadas por una consejería previa a la realización del test, el consentimiento informado y la consejería para la entrega de resultados.

c) Consejería pretest: permite al consultante determinar los riesgos y daños asociados al VIH y el trabajo de éstos. Permite la decisión de tomarse o no el test, considerando la información adecuada, preparación emocional y la evaluación de recursos personales y sociales de enfrentamiento. Incorpora en su realización: información sobre VIH/SIDA, sobre prácticas de riesgo y formas de prevención, evaluación de riesgo personal, información del test y su carácter confidencial, preparación emocional recursos personales y sociales para enfrentar la situación.

d) Consejería postest: permite apoyar la comprensión, aceptación y afrontamiento del resultado del test, por medio de la entrega de información y apoyo emocional. Se distinguen dos estrategias según sea el resultado del test.

Negativo: entrega de resultado de manera inmediata y de forma clara, significado de ese resultado en relación al período de ventana, aclarar que el que sea negativo, no asegura su inmunidad, continuar trabajo de prevención. *“En el caso de un examen con resultado negativo, la consejería postest es clave para el reforzamiento de las medidas preventivas que permitan a cada persona mantenerse no infectada”*¹³.

Positivo: requiere de un mayor número de habilidades de apoyo emocional y contención, se parte de la base de la diversidad y amplitud de respuestas posibles ante el resultado, por lo que se aconseja que se fomente la verbalización emocional, de modo que se dé espacio a los sentimientos o bien para verificar la eventual derivación a otro profesional. Se propone la entrega clara e inmediata del test, corregir falsas interpretaciones o errores, aclarar la diferencia entre VIH y SIDA (elementos cognitivos). Motivar al paciente a que se informe e incorpore controles de salud específicos, facilitar el manejo del resultado en los diversos espacios de la familia, trabajo amigos y otras redes sociales, apoyo emocional y evaluar la necesidad de apoyo psicológico (elementos emocionales), continuar trabajo en torno a la prevención y reducción de conductas de riesgo. Aclarar aspectos de la transmisión del VIH, apoyar y contener emocionalmente y organizar las próximas horas en caso de confusión, proporcionar información escrita, identificar y facilitar el acceso a redes de apoyo y ofrecer una nueva sesión (elementos comportamentales e interpersonales).

¹³ CONASIDA, NotaSida N°4 <www.CONASIDA.cl>

e) *Consejería de atención*: se la entiende como una instancia que mejora la calidad de vida de las personas viviendo con VIH. Fomenta el autocuidado, la prevención secundaria y adherencia que requieren acompañamiento y aminorar el impacto emocional y social de la seropositividad. Se señala incluso que un buen servicio de consejería puede retrasar la aparición de los síntomas. Entre los objetivos que se proponen en este tipo de consejería: brindar apoyo integral a PPVIH, ofrecer orientación sobre aspectos laborales, éticos, legales y sociales del VIH/SIDA, búsqueda de las mejores opciones de tratamiento, favoreciendo la búsqueda de alternativas terapéuticas, laborales, materiales y sociales que contribuyan a reducir las consecuencias adversas del VIH/SIDA. Se plantea considerar la consejería como una suerte de continuo, que se inicia con la de pre test y post-test, y se continua en caso de que ocurran caso positivos con la consejería para la atención.

En función de los grupos objetivos se distingue la consejería a niños y adolescentes, herramienta que surge en países en donde existe gran prevalencia en esa población. En relación a los adolescentes se busca el equilibrio entre el respeto a la confidencialidad y las responsabilidades legales para con la familia del adolescente usuario. La consejería para adolescentes requiere habilidades comunicativas y manejo de la cultura juvenil. Hacia mujeres, el formato general de consejería es aplicable, las dirigidas a mujeres ponen atención a las condiciones de desigualdad de género y prevención de la transmisión vertical. Mujeres embarazadas, se centra en la prevención de la transmisión vertical, eventualmente pueden incorporar a la pareja de la mujer, un aspecto particular, lo constituye el caso de mujeres PPVIH que desean quedar embarazadas. Consejería a la pareja, cuando los miembros de una pareja acuerdan resolver algún problema vinculado con la prevención. Grupal, se opta por esta modalidad para poder dar abasto en situaciones en las que los recursos no son los suficientes, sus limitaciones radican fundamentalmente en que rompe con lo personalizado de la consejería, por lo que se recomienda más bien para cuestiones de educación grupal. Para realizarla, se precisan en el documento algunos aspectos a considerar a la hora de implementarla.

Más allá de una noción general de consejería que es ampliamente compartida, es posible identificar dos lógicas, tanto como consejería, como en cuanto al proceso de formación de consejeros: una sanitaria y otra de empoderamiento¹⁴. La primera se asocia a los espacios y servicios de salud, mientras que la segunda se vincula con las organizaciones comunitarias. Por ello, las definiciones, rol, objetivos y técnicas pueden variar conforme a las lógicas que subyacen.

De esta forma, desde la perspectiva sanitaria, se privilegian la eficacia y la eficiencia. Siendo la consejería una relación sanitaria, se centra en los comportamientos y se aboca fundamentalmente a la prevención. La consejería se centra fundamental, aunque no exclusivamente en la entrega de información y en referencia a la salud de los consultantes. El ser consejero, es más bien un conjunto de herramientas que se transmiten, siendo otros requisitos, aspectos de menor importancia. Como modelo educativo fundamental, esta lógica incluye la transmisión de información exacta y precisa sobre el tema.

¹⁴ Parrini, R., Rodrigo (s/f) Formación de Consejeros y Consejeras en VIH/SIDA en el Servicio de Salud Viña del Mar, Quillota, V Región. Experiencias y discursos. Power Point.

Desde la otra lógica –de empoderamiento-, se privilegia el reconocimiento de los factores socioculturales que inciden en la epidemia, por ello enfatiza el empoderamiento de grupos vulnerables como herramienta de lucha. Se prioriza la no discriminación y una comprensión más contextual de la epidemia. La consejería, desde esta lógica, se centraría en la relación, en el vínculo que entre el consejero y el usuario, concentrándose fundamentalmente en el abordaje de temas relacionados con la sexualidad de quien consulta, dentro de un clima que permita la motivación al cambio. El consejero posee cierta identidad, que gira principalmente en torno a la voluntariedad de la persona. El modelo educativo que subyace a esta lógica, es un modelo mixto en el que convergen aspectos planteamientos cognitivo-conductuales, comunitarios y con cierto foco en los afectos.

El Centro de Detección y Consejería Romero, creado en 1991, ha definido un modelo de consejería centrado en la persona. Entre los objetivos se plantea conocer el impacto de la Consejería pre y post test en la prevención del VIH en usuarios seronegativos que consultan en el centro. La prevención es entendida “como un proceso en el que se van incrementando y consolidando las conductas hacia comportamientos más seguros en relación al VIH/SIDA.”. Para ello, las personas son citadas en sucesivas oportunidades.

Se distinguen dos modelos de consejería: uno centrado en la persona y el otro en la conducta. Se exponen algunos de los supuestos básicos del modelo centrado en la persona, que propone la existencia de recursos en cada persona, que el consejero podría catalizar a través de una escucha activa, más que por medio de la prescripción de conductas. El primero de ellos ha sido el prevaleciente en la acción llevada a cabo por el equipo del centro, lo que se apoya en los resultados arrojados por un estudio realizado en usuarios y que se presenta a continuación.

b) El rol de la consejería en la epidemia del VIH/SIDA

Si bien, desde 1987 la OMS considera la consejería como estrategia de apoyo psicosocial privilegiado para la prevención del VIH/SIDA, son pocos los estudios empíricos que dan cuenta de su eficacia preventiva. Ello tiende a desdibujar o invisibilizar su importancia y a sobreenfatizar los aspectos psicosociales y asistenciales de su aporte. El resultado es que, más allá de quienes están especializados en el tema y que trabajan en ello, tiene un perfil débil.

No obstante, existen evidencias en este sentido, como son, el estudio llevado a cabo en Estados Unidos por Mary Kamb y otros¹⁵ a lo largo de tres años, con casi 6.000 personas. Dicho estudio revela que las personas que recibieron consejería –orientación cara a cara antes y después del Test de Elisa- presentaron un 30% menos de nuevas infecciones venéreas en los seis meses siguientes en comparación con quienes sólo recibieron información didáctica. A los doce meses, la diferencia aún se mantenía alrededor de 20%. Asimismo, se declaró un uso mucho mayor de condón comparado con el grupo que sólo recibió mensajes habituales de cuidado. Se concluyó entonces que la consejería personalizada, que incluye la definición de planes de reducción de riesgos, puede reducir el uso del condón y prevenir nuevas ITS.

¹⁵ Kamb, M.L. et al. (1998) Efficacy of Risk-Reduction Counselling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases. JAMA. 280:1161-1167.

También en Chile el estudio de seguimiento de pacientes desarrollado en el Centro de Detección y Consejería Romero¹⁶ da cuenta de su efectividad, cuando concluye que el 91% de los sujetos estudiados se mantienen negativos y solo el 9% se positiviza a lo largo de 5 años. También revela el aumento en el uso del condón: mientras antes de la consejería sólo un 6,8% refirió usar condón siempre, después de la consejería aumentó a un 38,6%, lo que representa un aumento en el uso siempre de 5,6 veces.

Otros indicadores del impacto de la consejería son, según este estudio y otra literatura: la disminución del número de parejas sexuales, cambios en las prácticas sexuales, uso frecuente del condón, uso ocasional del condón, sexo oral, sexo sin penetración, sexo sin eyaculación; todas ellas referirían a una diversidad de estrategias de prevención en función de su propia historia y recursos.

No obstante, es escasa la cuantificación de la efectividad de la consejería a nivel personal, como en el cambio de actitudes hacia el tema en la comunidad y en la sociedad.

Tampoco se conoce el impacto económico de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA.

c) El rol de la consejería según los/as entrevistados

Con el propósito de optimizar el aporte de la consejería en prevención primaria, y considerando lo señalado más arriba, resulta pertinente analizar el rol que le asignan los diferentes actores entrevistados: Seremis de Salud, directores de servicio, encargados del programa VIH/SIDA y algunos informantes clave, en el manejo de la epidemia y en la planificación de actividades de prevención.

Un análisis de las opiniones recogidas permite afirmar que, mientras más alta es la jerarquía de los entrevistados en el sistema de salud, menor es la capacidad de identificar el rol de la consejería en prevención primaria en la estrategia de control de la epidemia.

En efecto, hay Seremis entrevistados que no conocen el programa de consejería, que no pudieron explicar el lugar que debería ocupar en el plan regional de prevención del VIH/SIDA, que reconocieron que no había sido incluido y que se disculparon por no tener una opinión, señalando que ellos ven el tema de prevención más amplio, hacia el conjunto de la población o las poblaciones vulnerables. Sería un tema a considerar a nivel de servicios, no a nivel regional.

Alguno señaló que CONASIDA no ha convocado a los Seremis de Salud y que por ello la consejería no ha sido incluida por muchos en los planes regionales de prevención. También se dijo que el sistema de salud no está preparado para dar un rol más activo a la consejería y, en general, al tema de las conductas sexuales y el VIH en virtud del contexto cultural.

¹⁶ Fergadiott, Alejandra y Mena, Marisol (s/f) Estudio a usuarios del centro de detección y consejería en VIH/SIDA. Santiago. Centro Romero.

Pero también un Seremi señala:

“Entiendo que debe ser el lugar fundamental del apoyo estructurado e intencionado a cada persona. Tenemos la posibilidad de captar a la gente en otros lugares, pero la consejería es el momento en el que alguien entrenado puede ayudar a cada persona a revisar nuestras prácticas, nuestros riesgos, que desarrollemos algún tipo de acción... Entiendo que la consejería va cerrando un ciclo de trabajo con una persona, cara a cara, en la medida que complementa la información y que cambia todo a un plano más de introspección... lo que ocurre con los servicios de salud, es que han sido insuficientes en acoger estas medidas, tienen más bien posturas bastantes conservadoras y estructuradas y medicalizadas”.

Entre los directivos de los servicios, hay mayor conocimiento, se asigna un rol complementario a la consejería, se describe su aporte a la persona concreta, pero se formulan dudas y cuestionamientos sobre su eficacia:

“La consejería, que tiene que ver con grupos de riesgo particularmente sensibles... ahí debería jugar un rol... complementario”.

“Dentro de lo que a nosotros nos compete, y los roles de un servicio de salud metropolitano, de la complejidad y magnitud de tareas, y considerando la red de atención primaria que tenemos, creo que la consejería tiene un lugar relevante. En las comunas más urbanas... especialmente por los niveles de sero positivos que hay, esas dos realidades hacen que la consejería sea importante y creo que eficaz, no tengo datos empíricos para demostrarlo, pero de seguro los hay”.

“El tema de la consejería yo lo veo muy ligado al Elisa, lo que yo he entiendo, tiene que ver con el pre y post examen en los resultados. Creo que está dirigido a alguien que asume que está en riesgo. Me parece que una consejería en un estado así es super valiosa, para esa persona. No es que estemos preocupados de los sospechosos, sino que de las personas que están asumiendo que requieren de cierta asistencia”.

“Le parece relevante y prioritario, pero no sabría decir si es más importante que otros elementos o igual”.

“En general tengo bastantes dudas en relación a la consejería, es super importante y debería ser un componente esencial en todos los programas, pero en este minuto tengo dudas respecto a la eficacia. Porque, pacientes que han sido intervenidos de manera sistemática, igual uno ve que posteriormente se infectan”.

Para las y los encargados de VIH/SIDA en los servicios, en cambio, se trata de una actividad central.

“Es fundamental, aquí lo que más hemos fortalecido es la atención primaria”.

“Es la primera actividad que tiene que tener toda persona que acceda a un examen de VIH. Yo creo que es la puerta de entrada a todo el tema del VIH, a nivel de la Red diría

yo en la atención primaria, secundaria, de pesquisa y en los hospitales, porque los servicios de urgencia también toman VIH”.

“Tiene un lugar muy importante, pero eso va un poco más dirigido y personalizado, no tiene el efecto de una campaña... la consejería la veo como más dirigida a la persona que consulta”.

“Es súper importante, porque se conversa de manera íntima, en donde se puede ayudar a que esa persona tome conciencia, no es decidora, yo he hecho muchas, en algunos casos le he hecho cuatro años seguidos a una persona, y al cuarto año me ha llegado, viviendo con el virus, y eso me ha desmoronado, me he cuestionado todas las tonteras. Qué fue lo que no le di, quisiera cambiarle la cabeza, pero pienso que de todas formas, es una herramienta que le permite a la persona ver cómo vive, y cómo esa forma de vida incide en el riesgo. Se logra, en parte”.

Para los informantes clave se trata de una herramienta, de una metodología de gran valor para la prevención, que debe estar plenamente integrada a la programación de las acciones de salud, situación que muchas veces no se da en los servicios de salud. Reconocen el rol y el discurso de CONASIDA, pero no ven que ello se implemente en la realidad.

“Lo que pasa que para mí la consejería es una herramienta metodológica... una forma de acercamiento en un diálogo entre dos personas entre el consejero y un usuario de la consejería”

“Es una herramienta, una metodología, es muy antigua y tiene un desarrollo que ha sido relacionada con situaciones postraumáticas en el mundo, como herramienta en el VIH ha sido abordada desde lo individual...”

“Creo que es fundamental, es fundamental la consejería que implica una conversación humana, o sea contacto humano en el sentido de que en Chile se habla poco de sexualidad y precisamente el tema del Sida y ETS está cruzado por el tema de la sexualidad y se hace fundamental abrir espacios donde las personas puedan conversar de su sexualidad y no necesariamente con expertos, con psicólogos, orientadores, psiquiatras. Cualquiera persona que pueda cumplir un rol de escucha activa, de empalazar, que tenga conocimientos que tenga una experiencia en el tema, una vivencia personal, que tenga una motivación que lo lleve a realizar la consejería creo que estaría capacitado para ser un buen consejero”.

“Puede ser la oportunidad que en forma individual y confidencial uno pueda entregar elementos que le permitan a las personas tomar medidas preventivas de acuerdo a las conductas sexuales que tiene, en un marco de confidencialidad, a lo mejor esa persona, no lo va tener en otro espacio...”

“Debiera ser la punta de lanza de la prevención.”

“Creo que es una de las mejores herramientas que hay, por lo tanto debería tener una prioridad mucho mas alta de la que tiene”.

“Tendría que estar en este nuevo proceso de reforma y dentro de las redes asistenciales”.

“Está planteada como herramienta muy importante... actualmente creo que aparece de vital importancia como herramienta de prevención en todos los niveles, sin embargo, lo que percibo, está todavía en la trastienda de los encargados de salud, de hecho por que hay mucho conflicto en la implementación de ésta en los servicios de salud. Eso es una queja constante que recogemos de personas, porque no tienen por parte de las autoridades destinación de horas, de recursos de programación, etc. Las personas tienen que hacer las consejerías en otra cantidad de servicios que ellos prestan y no en todos los servicios hay una visión de que sea ésta una herramienta útil...”

“Pero en el programa desde la CONASIDA tiene un buen lugar, ahora, ¿cuán real es ese lugar?, o sea una cosa es lo teórico otra cosa es lo que sucede, yo creo que la brecha entre la idea y lo que dicen los documentos versus lo que pasa en la realidad es bien amplio”.

Preguntadas/os consejeras y consejeros, también las respuestas revelan falta de información en cuanto a la eficacia de la consejería y de comprensión del proceso que hace posible el cambio conductual. Incluso hay expresiones sobre el “fracaso” de la consejería, si no hay un éxito de 100% de eficacia. El énfasis queda en los aspectos más asistenciales.

“Hay gente que reconoce su conducta de riesgo y se comprometen con ellos a evitar o corregir. Hay otros que no están ni ahí y les tomamos cinco veces el VIH”.

“Pienso que las hace pensar y revisar cosa”s.

“La gente agradece poder hablar de temas que no se pueden hablar en otra parte”.

“Cuando el médico les pide el examen o cuando ellos quieren hacérselo, no tienen con quien conversarlo. Todo este tema personal, íntimo. Algunos andan apurados y se supone que ellos tienen una hora y después tienen una consejería, son dos atenciones a veces en el mismo día, entonces si después tienen que trabajar, andan histéricos. Lo que se puede hacer es negociar otra hora cuando ellos puedan”.

“Uno se refiere a un tema que nunca se ha tocado antes. Si uno nunca ha sido VIH y empieza a serlo de un día para otro tiene todo un camino por recorrer”.

“Ni pensaban que el preservativo era tan importante. Tampoco sabían el manejo, el cuidado del preservativo. Pienso que eso más que nada”.

“Creo que lo peor en el tema de salud es no tener a nadie a quien preguntarle, entonces cuando uno se constituye en la solución a su problema son abiertos, les sirve. Uno es un apoyo, los conoce”.

“En un contacto confidencial, la gente se atreve a tomarse el examen y le permite hablar de cosas que tal vez no ha hablado con nadie antes”.

“Yo creo que sí, aunque no se vean inmediatamente los resultados, yo les digo, yo sé que en estos momentos es difícil, pero sé que en algún momento vas a ver la lucecita y las cosas van a cambiar en el caso a caso, pacientes que han sido notificados hace dos años y lo han aceptado bien, hacen sus terapias bien, aunque eso depende del paciente y no tanto de la consejería. Si bien es cierto esto de la consejería es algo bien difícil, yo me voy a veces con una mochila demasiado grande a la casa, pero cuando llega un paciente y te agradece lo que tú hiciste en algún momento en el que no lo estaba pasando bien, creo que eso es super bueno...”

“Permite hacer el clic de la prevención, permite preparar a la persona ante resultados positivos”.

“Hay que evaluar bien, se trata de un recurso caro, y muchas veces el recurso se está perdiendo, lo que pasa es que es difícil de demostrar. Es una buena experiencia. Se produce una buena comunicación con la persona que se está aconsejando. Las personas modifican conductas, hay reconocimiento a nuestro servicio. Ellos tienen una buena impresión de lo que hacemos. No falta quien hable cosas que no son, pero en general ha sido bonito”.

“En algunos casos le he hecho cuatro años seguido a una persona y al cuarto año me ha llegado viviendo con el virus y eso me ha desmoronado, me he cuestionado todas las tonteras. Cuando el otro no cumple, me da una rabia terrible”. (Encargada).

Por otra parte, la práctica declarada por los/as consejeros/as revela que le énfasis está en el tratamiento de la enfermedad antes que en la prevención de la epidemia. En efecto, la encuesta revela que la duración de la consejería post-test negativo es inferior y no se revela mayor interés en ella. La duración promedio para las consejerías realizadas en el período de estudio fue: para pretest, 26 minutos, para postest con resultado negativo, solamente 18 minutos, y para postest positivo, de 51 minutos. Sólo el 16% de los/as consejeros/as que habían realizado consejería postest negativo había realizado *“una demostración y/o reforzamiento de cómo se utiliza correctamente el preservativo”*.

Más allá de las diferencias que se observa en cuanto al rol asignado a la consejería en la prevención de la epidemia y en los planes regionales de prevención, la mayoría de los/as entrevistados pone más énfasis en la dimensión asistencial, afectiva, psicosocial de la consejería que en su capacidad de prevenir.

d) “El/a Consejero/a” y “el/a consultante”

Las motivaciones que declaran los consejeros para dedicarse a la consejería, en muchos casos están fuertemente centradas en atributos personales, como son el deseo de servir a los demás, la apertura a los temas de la sexualidad y a las personas, independientemente de su vida sexual. Pero también se menciona el interés en conocer temas nuevos y la importancia de cumplir con

una tarea que forma parte de la definición del trabajo, sin que se llegue a una noción compartida de la consejería como actividad profesional.

“... no sé, quizás que fui boy scout cuando chico...”

“Mi compromiso con Dios...”

“Acompañar a las mujeres en las diferentes etapas de su vida”

“Tengo una facilidad para llegar a la gente increíble, me empiezan a contar. Creo que soy muy simpática y afectiva y que la gente siente esa calidez en mí”.

“Me motivó perfeccionarme en este trabajo. Fuimos las primeras del hospital San José. Me gustó este trabajo porque la ayuda que uno le da a esa persona en ese momento de su vida es muy definitiva”.

“Cuando me formé había un cargo disponible, pero si no estaba formada no podía, fue sinceramente por eso, cuando el cargo quedó disponible. Veíamos muchas matronas haciendo suplencia. Creo que lo que me motivó a mí es que yo no hacía discriminación... porque no tenía problema de atender a personas homosexuales, hetero, a una trabajadoras. Muchas de mis colegas me decían pero cómo te vas a ETS a ver puras gonorreas, cómo se te ocurre... ahora la consejería venía de la mano, porque cuando me formé entendí de qué se trataba la consejería”.

“El desafío de un tema nuevo, un tema que venía. Yo estoy metida en esto desde el 90. Era un tema nuevo que a la gente le daba mucho susto. Me gustan las cosas nuevas, explorar, la aventura”.

“Cuando estaba a cargo de un programa de ETS sentía que faltaba información para que la gente no relacionara la sexualidad con la culpa. Cuando hice la capacitación, sentí que eso era lo mío. Me motiva el que la gente pueda tomar sus propias decisiones”.

“Sabía que tenía que tener un mejor manejo para estar a cargo de un área. Era una exigencia. No me sentía preparada con lo que traía del consultorio. Cuando recibí mi primer caso del banco de sangre, si no hubiera tenido la preparación, no habría sabido como manejarlo. Yo hice el curso sola, porque fui desfasada a ese curso. Cuando llegué acá ya traía cierta formación del consultorio, pero para hacerme cargo de este puesto tenía que tener ese curso aprobado”.

“Mira, es la necesidad del servicio, ... la persona que hacía la consejería tiene muchas licencias y se fueron acumulando, el hecho de la necesidad me hizo asumir este barco... me gusta...”

“No había nadie en el tema y lo teníamos encima. Al principio pensé que no me iba a gustar. Empecé en el consultorio de Vitacura, nadie tenía el tema. Había un cerro de papeles que había que ver. Así partí, pero no sabía si me iba a gustar o no. Nunca se está tranquila ni muy a gusto en esto. Hay que hacerlo, es un deber”.

“Me obligaron. Vino de un cambio laboral y en contacto con una doctora me cambiaron”.

Sin embargo, y más allá de las capacitaciones y avances, se sigue utilizando términos como “contagio” entre antiguas consejeras y la homofobia todavía está presente entre algunas, aun cuando el trato en términos personales puede ser cariñoso.

“Las mujeres de esos hombres que no son tan hombres”.

“Es un sine que non homosexual igual promiscuidad”.

“Ay, pobrecitos los homosexuales, ese es un discurso que nunca me ha agradado, no porque sea homofóbica, sino porque ... grupos vulnerables existen más allá de la homosexualidad ¿dónde quedan las mujeres infectadas, los niños? Si no queremos discriminar, no discriminemos entre los mismos pacientes”.

No obstante, los cursos parecen haber tenido un impacto en su capacidad de identificar ciertas actitudes como prejuiciosas.

“Me cuestan más los travestis. Igual los atiendo y los acojo. Como prejuicio siento que son como grotescos” (consejera).

Ante la consulta sobre la posibilidad de profesionalizar la consejería se reitera la importancia de considerar las características personales del/a consejero/a:

“La consejería va muy a la par con la forma de ser, digamos que yo creo que hay que preparar a personas puntuales a personas que sepan llegar a los demás... no sacas nada con preparar a gente prejuiciosa, es que uno escucha cualquier cosa... tienes que preparar a esas personas que tiene ciertas cualidades innatas... y a esa hay que prepararla más...”

En la medida en que no existe conciencia clara del rol de la consejería en el nivel de prevención de la epidemia –y su impacto económico-, y en que se insiste en los aspectos afectivos de la consejería, la persona seropositiva es construida –con frecuencia- como necesitada de “cariño”, de “compasión”, etc., antes que como sujeto de derecho, más allá del discurso más público. Ello se relaciona fuertemente también con los modelos conceptuales en torno a la epidemia del SIDA¹⁷. Las referencias más frecuentes son a “pacientes”, personas definidas como enfermas, que requieren atención médica. Pero también son llamados “consultantes” y “usuarios”. En menor proporción se habla de “personas”.

“Los pacientes que vienen de manera espontánea no quedan registrados en ninguna parte.”

¹⁷ Frasca, T. (1994) “La vida es una enfermedad de transmisión sexual”, en Valdés, T. y Busto, M. (eds) *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*. Santiago: CORSAPS/FLACSO.

“Lo más importante era la parte de manejo psicológico con el paciente.”

“Primero que nada tratar de que ellos sepan de su enfermedad, lo que deben hacer, lo que no.”

“...dejando siempre que el consultante diga todo lo que quiera decir...”

“...preguntar a la persona si está realmente convencida de hacerse el test...”

“Con los talleres que hemos hecho hemos logrado más respeto por las personas.”

“Sé que lo más importante es relajar a la persona.”

“Tenemos que poner a la persona en la situación hipotética de que tuviera el virus.”

“Acá los pacientes, a veces con y otras veces sin razón, se quejan de la discriminación de parte del personal de salud, de parte de los médicos, en el sentido de que los tratan como personas de segunda clase. Y yo creo que siempre hay un temor hacia el VIH. Entonces todos deberían tener un encuentro directo con el VIH.”

“Hemos tenido reclamos grandes contra algunos médicos que han hecho escándalo, que gritan ‘¿cómo pueden pasarme un SIDA, que está enfermo!’”.

“Al principio nosotros nos juntábamos a conversar con las personas, pero al poco tiempo ellos dijeron “de qué sirven estas reuniones si ustedes no nos ayudan en nada”. Ellos vislumbraron que necesitaban más que una terapia de conversa, medicamentos. Ellos se fueron haciendo cada vez más demandantes. Este grupo se caracteriza por ser un grupo demandante y exigente en circunstancias que hay otras enfermedades tan dolorosas y peligrosas como la de ellos y esa gente espera y no dice nada.”

En síntesis, podemos decir que no existe una definición y comprensión única de la “consejería en prevención primaria del VIH/SIDA” y su importancia en el control de la epidemia y circulan diversos conceptos, desde uno más amplio general hasta uno restringido. Ello tiene diversas consecuencias en la medida en que se habla simultáneamente de actividades distintas, con objetivos diferentes, los que se relacionan también con la ubicación de quien habla. Por ejemplo, a nivel de servicios de salud y de Seremis, se alude a la noción más amplia, y aparece como pertinente y necesario hacer prevención en los colegios y otras instancias de la vida comunitaria, mientras las y los consejeros entienden claramente que se trata de una actividad ligada al Test de Elisa y que no se debe confundir con las demás actividades.

Por otra parte, la noción de prevención está claramente asociada a sus aspectos epidemiológicos desde una perspectiva biomédica. Es decir, interesa influir en la población mediante diversas acciones y pesquisar a las personas infectadas, ojalá a sus contactos, y de este modo controlar la expansión de la epidemia.

La solicitud del Test de Elisa se da en distintas condiciones: por indicación médica, por norma general (banco de sangre, mujeres embarazadas, pacientes de ETS) y en una proporción desconocida, por voluntad de la persona. En cierta medida, priman los procedimientos históricos de control de ETS, incluyendo citaciones y búsqueda de pacientes “sospechosos”. De acuerdo con la información recogida en las entrevistas a autoridades, los bancos de sangre toman exámenes sin consentimiento informado ni menos consejería, las personas son derivadas desde las clínicas ETS casi por orden y se persigue por teléfono o en persona a los que no vuelven para retirar sus exámenes, especialmente cuando son positivos. Todo esto hace casi inevitable las faltas a la confidencialidad. Hay médicos que aún objetan atender pacientes VIH-positivos o abusan de ellos. Cuando se identifica el maltrato, no hay sistema de reclamo.

“Preguntaron si yo era homosexual, yo les dije que sí y ahí me dijeron que me iban a hacer el examen del VIH y como al mes después me mandaron a buscar” (Hombre, 33 años, Talcahuano).

“Generalmente, se pesquisa a alguna persona de conducta de riesgo y se le pide el examen. . . Hay personas que vienen a pedir el examen directamente, pero eso es más raro” (Encargada).

“Fueron a la casa para citarme” (Hombre, 27 años, Servicio Metropolitano Central).

“Muchos (médicos) pedían en preoperatorio y no lo estaban haciendo con consentimiento informado, en la maternidad tampoco” (Encargada)

“Los médicos piden mucho VIH” (Encargada).

“La persona que denuncia alguna conducta de riesgo, se le hace la consejería y el test” (Encargada).

“Se les hace a todas las mujeres de control sanitario y a los consultantes de ETS” (Encargada).

“Debería ser obligatorio en toda la parte de control de adolescentes, en ETS, en toda la gente que tiene vida sexual activa, en el programa del adulto, así como en el ESPA” (DPP).

Esto desdibuja la importancia que tiene el hecho de la conciencia de los sujetos y de la voluntariedad en el acercamiento como factor central para alcanzar los objetivos de la consejería en cuanto resorte motivacional para una disposición al cambio de conductas. Al mismo tiempo, la consejería es obligatoria para quienes son sometidos al Test de Elisa, de acuerdo con la Ley N° 19.779 (promulgada el 4 de Diciembre de 2000).

La forma en que funciona la entrega de consejería revela una falta de valoración de la dimensión de voluntariedad de la solicitud del test de Elisa como aspecto clave y de la dinámica desde la toma de conciencia a la incorporación de nuevas conductas. Hay poca apreciación por la voluntad del individuo como parte del proceso de adoptar una conducta de cuidado.

No se aprecia una comprensión de lo que podríamos llamar los principios básicos de los procesos de toma de conciencia y de cambio conductual, ni siquiera en los términos más conductistas.

e) ¿Quiénes son los/as consejeros/as del sistema público de salud?¹⁸

Los/as consejeros/as que se desempeñan en las consejerías para la prevención primaria del VIH/SIDA (CPPVS) y que respondieron el cuestionario tienen las siguientes características: ocho de cada diez son mujeres (81,3%). Tienen principalmente entre 40 y 49 años (35%) y su edad promedio es de 42 años. A la vez, un tercio tiene 37 o menos años y dos tercios tiene 48 o menos (Anexo 2).

Los consejeros varones tienen mayoritariamente entre 30 y 39 años (43,9%), y las consejeras mujeres entre 40 y 49 años (36,7%). Además hay una mayor proporción de consejeras mujeres en el tramo 50 y 59 años, y sólo hay consejeras mujeres en el tramo de 60 y más años.

La profesión principal entre los/as consejeros/as es la de matron/a (63%). Luego viene la de enfermero/a (16,9%). Siguen los/as asistentes sociales (6,4%), los médicos y tecnólogos médicos (5% y 4,1% respectivamente), paramédicos/as y psicólogos/s (1,8% y 1,4%). Otras profesiones como nutricionista y biomédicos/as representan el 1,4%.

Las mujeres consejeras son principalmente matronas (66,9%) y enfermeras (19,7%). Los hombres consejeros son principalmente matrones, aunque en una proporción bastante menor que las mujeres (46,3%), tecnólogos médicos (19,5%) y médicos (17,1%).

La mayoría (45,2%) de los/as consejeros lleva cinco o más años desempeñándose como consejeros/as. 36,1% de los/as consejeras se ha desempeñado en el cargo entre dos y cinco años. Sólo un 18,7% de los/as consejeros/as se desempeña hace menos de dos años.

Según profesión, quienes tienen más experiencia (cinco o más años) son los/as enfermeros/as (64,9%), los tecnólogos médicos/as (44,4%), los/as matrones/as (42,8%) y los/as asistentes sociales (42,9%) (Anexo 2).

Las regiones que tienen una mayor cantidad de consejeros/as son la octava, la metropolitana y la quinta con 38 o más consejeros/as por región. Luego se aprecia un segundo grupo con entre 12 y 20 consejeros/as por región: la décima, la tercera, la novena y la séptima. Por último, encontramos un tercer grupo con 7 y menos consejeros por región (Cuadro 1.1).

¹⁸ Esta información se detalla en el Anexo 2.

Cuadro 1.1. Distribución de consejeros/as según región donde realiza la consejería

Región	Número	%
1	4	1,8
2	3	1,4
3	13	5,9
4	6	2,7
5	38	17,4
6	7	3,2
7	12	5,5
8	50	22,8
9	12	5,5
10	20	9,1
11	6	2,7
12	5	2,3
13	43	19,6
Total	219	100,0

Por otra parte, en el conjunto de regiones con altas tasas de VIH/SIDA (primera, quinta, octava y metropolitana) ¹⁹ existe una mayor proporción de consejeros con más de cinco años de experiencia en comparación con el conjunto de todas las otras regiones (48,9% y 39,3 respectivamente) (Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2. Experiencia como consejeros/as según lugar donde realiza las consejerías y regiones con altos casos de VIH/SIDA (porcentajes)

Años de experiencia	Dónde realiza Ud. las consejerías			Regiones con altos casos de VIH/SIDA	
	Hospital	Consultorios de Atención primaria	Otro	Sí (I, V, VIII, RM)	No (Otras)
<2	14,3	22,0	15,8	16,3	22,6
2 a 5	37,7	35,8	31,60	34,8	38,1
5 y +	48,1	42,3	52,60	48,9	39,3
Total	77	123	19,00	135	84
% col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sólo en la segunda región existe una proporción mayor de hombres que de mujeres (66,7% y 33,3% respectivamente). Otras regiones con altos porcentajes de consejeros varones son la duodécima, la quinta, la décima y la primera (40%, 26,3% y 25% respectivamente). En las regiones cuarta y undécima no hay consejeros varones desempeñándose como consejeros (Anexo 2.).

¹⁹ Las Regiones I, V, VIII y Metropolitana son las que presentan mayor número de casos de VIH/SIDA. En ellas se desarrolló las entrevistas en profundidad a diversos actores del sistema de salud pública.

Las regiones que tienen una mayor proporción de consejeros/as con menos de 2 años de experiencia son la décima, la segunda y la sexta (45%, 33,3% y 28,6%). A la vez., ni en la primera ni en la cuarta región hay consejeros/as con menos de dos años e experiencia. Las regiones con una mayor proporción de consejeros/as con cinco años y más de experiencia son la undécima, la segunda, la quinta, la séptima y la segunda (66,7%, 66,7%, 63,2%, 50% y 50%). En la sexta región no hay consejeros con cinco años o más de experiencia, concentrándose la mayor proporción entre 3 y 5 años de experiencia (71,4%) (Anexo 2.).

Los consejeros/as de la primera y segunda región realizan las consejerías en los hospitales solamente. La séptima región concentra una alta proporción de consejeros que realiza consejerías en hospitales (83,3%). En la región metropolitana, en la sexta, en la décima, en la quinta y en la sexta, las consejerías se realizan principalmente en consultorios de atención primaria (90,7%, 85,7%, 75%, 68,4% y 66,7% respectivamente). A la vez, en la duodécima no se realizan consejerías en consultorios de atención primaria, concentrándose la mayor proporción en otras instituciones como consultorios adosados (60%) (Anexo 2.).

Los servicios de salud donde hay una mayor cantidad de consejeros/as son Viña/Quillota, Concepción, Aconcagua, Atacama, Bio-Bio y RM Central (8,7%, 7,3%, 5,9%, 5%, 4,6%, y 4,6% respectivamente). Dos consejeros/as señalaron que no dependían de ningún Servicio de Salud (Anexo 2.).

Más de la mitad de los/as consejeros/as se desempeña en consejerías en consultorios de atención primaria (56,2%). A la vez, una proporción importante se desempeña en hospitales (35,2%). Una proporción menor lo hace en otros lugares como los consultorios adosados (8,7%) (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3. Lugar donde se desarrollan las consejerías

	Número	%
Hospital	77	35,2
Consultorio de Atención primaria	123	56,2
Otros consultorios adosados	19	8,7
Total	219	100

La proporción de mujeres que se desempeña en consultorios (59%) de atención primaria es mayor que la proporción de mujeres que se desempeña en hospitales (33,1%). La proporción de hombres que se desempeña en hospitales y en consultorios de atención primaria es la misma (43,9%) (Cuadro 1.4.).

Según tramos de edad, la proporción de los/as consejeras entre 40 y 49 años que se desempeña en consultorios de atención primaria (64,9%) es notoriamente mayor que en otros tramos de

edad. A la vez, en este tramo de edad existe una menor proporción de consejeros/as que se desempeñan en otros establecimientos (5,2%). Por otra parte, en el tramo de de 60 y más años encontramos la menor proporción de consejeros/as que se desempeña en hospitales (28,6%) y los/as que en una proporción mayor se desempeñan en otros establecimientos (14,3%).

Cuadro 1.4. Lugar donde se realizan las consejerías según sexo y tramos de edad (porcentajes)

	Sexo		Tramos de edad					Total
	Hombre	Mujer	29 y menos	Entre 30 y 39	Entre 40 y 49	Entre 50 y 59	60 y +	
Hospital	43,9	33,1	39,1	39,7	29,4	36,2	28,6	35
Consultorio de Atención primaria	43,9	59,0	56,5	49,2	64,9	51,1	57,1	56,2
Otros consultorios adosados	12,2	7,9	4,3	11,1	5,2	12,8	14,3	8,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Los/as consejeros/as que tienen menos de dos años de experiencia son los que en una proporción menor se desempeñan en hospitales (26,8%) y los que en una proporción mayor se desempeñan en consultorios de atención primaria (66.8%) (Anexo 2.).

III. LA FORMACIÓN DE CONSEJEROS EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE VIH/SIDA

El proceso de formación de consejeros en prevención primaria de VIH/SIDA en el sector público se inició en Chile el año 1991, una vez creada la CONASIDA. Ello a partir, tanto de las normativas desarrolladas en la OPS, como de las experiencias desarrolladas en organizaciones no gubernamentales (Ver Anexo 1.). Los/as primeros/as profesionales que fueron formados eran preferentemente personal de salud, epidemiólogos y vinculados a la toma de examen para la detección del VIH. Los contenidos esbozados en los inicios fueron fundamentalmente teóricos. En 1993 se incluyen nuevos contenidos referidos a habilidades en consejería. En 1997 se concreta la elaboración de un *Programa Nacional de Formación de Consejeros* (PNFC) que fue continuado y replicado por los propios Servicios de Salud del país y los diversos talleres locales a partir de 1998 (CONASIDA 2002).

La formación de consejeros se desarrolló en el marco de la necesidad de la práctica del examen de detección del VIH de manera voluntaria, confidencial, anónima y con consentimiento informado y basada en una técnica correcta. Asimismo, se definió que quienes realizaran acciones de consejería fuesen personas psicológicamente idóneas, competentes en las herramientas aprendidas y con un soporte institucional que les permitiese llevar a cabo su tarea. Se situó la formación de consejeros en un progresivo proceso de construcción personal y colectivo. Se tuvo como objetivo, además de la relación directa con el/a consultante, facilitar el proceso de adquirir y mantener conductas preventivas a nivel general en la población y autocuidado en PPVIH. Finalmente, se consideró la necesidad de replicar los talleres de formación en el trabajo habitual y continuado en las experiencias locales.

En el PNFC la formación en consejería es concebida fundamentalmente como una instancia práctica y participativa, que incorpora el trabajo grupal, la reflexión personal, dramatizaciones, síntesis teórica y apoyo de medios audiovisuales. El Programa estableció cuatro etapas para el proceso de formación de consejeros/as, las que en su conjunto requieren entre 48 y 54 horas de taller:

- 1) Taller de formación básico de consejeros: taller teórico-experiencial, de 28 a 30 hrs. de duración.
- 2) Experiencia local: experiencia práctica a nivel local para todos los participantes del taller, dentro de los tres meses posteriores al taller de formación y con apoyo técnico según requerimientos.
- 3) Taller de evaluación: de aproximadamente 12 hrs. de duración destinado a analizar y reflexionar de manera colectiva la experiencia vivida. Contempla el desarrollo de redes de apoyo interno y la creación de nuevas formas de solución de problemas y estrategias de acción.
- 4) Taller Metodológico para la formación de consejeros: duración de 8 a 12 hrs. en los que se capacita a los consejeros en el diseño, planificación, ejecución y evaluación del proceso de formación de consejeros a nivel local.

A través del proceso de formación de consejeros/as, estos/as deberían:

- actualizar sus conocimientos sobre VIH/SIDA
- alcanzar una comprensión integral del problema del VIH/SIDA

- desarrollar actitudes de empatía, respeto valoración y tolerancia hacia usuarios/as y PPVIH, adquirir de habilidades básicas que faciliten la gestión de riesgo en la persona que consulta por medio de atención centrada en la persona y no sólo en su problema de salud
- manejar situaciones de crisis vinculadas con el conocimiento del estado serológico del paciente con posterioridad a la información
- planificar actividades de consejería en niveles locales de acción
- facilitar a los consultantes seropositivos un tránsito fluido tanto a la atención clínica como al apoyo psicosocial, resguardando la dependencia que se pueda establecer hacia el/la consejero/a.

Actualmente, los talleres se continúan realizando en los Servicios de Salud con el apoyo de CONASIDA, lo que se ha visto favorecido con la creación de la Red Nacional de Consejería. Sin embargo, las actividades de formación, posteriores a 1997 sólo han incluido las dos primeras etapas descritas (CONASIDA 2002).

Esta evaluación se basa en las mismas fuentes señaladas en el capítulo anterior. Mediante las entrevistas individuales y de la encuesta en línea se buscó conocer la opinión de personas involucradas de distinta forma en la el servicio de salud pública sobre los procesos de formación de consejeros de modo de establecer un diagnóstico y evaluación de la efectividad y utilidad que presenta el modelo de formación, identificar las características y efectividad de los procesos locales de réplica de la formación de consejeros, y detectar las necesidades de formación.

Este capítulo consta de las siguientes partes

1. Caracterización de los/as consejeros/as formados
2. Oferta educativa recibida
3. Evaluación de las actividades de formación en las que participaron
4. Conocimiento del sistema de formación por autoridades de Seremis y Servicios de Salud
5. Actividades de réplica en Regiones y Servicios de Salud
6. Propuestas de formación

1. Caracterización de los/as consejeros/as formados/as

a) ¿Quiénes han asistido a los talleres de formación?

La gran mayoría de los consejeros y las consejeras que respondió la encuesta ha asistido a talleres de formación (9 de 10) y a medida que aumenta el tiempo de experiencia, aumenta considerablemente la proporción de consejeros y consejeras que ha participado en ellos (Cuadro 2.1).

En cuanto a la profesión de los/as consejeros/as, hay diferencias en la proporción que ha asistido a talleres de formación. Han asistido a talleres de formación la totalidad de los/as enfermeros/as, psicólogos/as, asistentes sociales y de otras profesiones. Sin embargo, no ha asistido a ninguno de éstos talleres el 54,5% de los médicos y el 11% de los/as matrones/as y de los/as tecnólogos/as médicos (Cuadro 2).

**Cuadro 2.1. Asistencia a talleres de formación para la prevención de VIH/SIDA.
Totales y según experiencia como consejero/a
(porcentajes)**

	Total	Años como consejero/a		
		< 2	2 a 5	5 y +
Si	90,0	75,6	91,1	94,9
No	10,0	24,4	8,9	5,1
Total	219	41,0	79,0	99,0
Col %	100	100	100	100

Los consejeros varones han asistido en una proporción semejante a las consejeras mujeres (92,7% y 89,3% respectivamente) y se da la tendencia que a medida que aumenta la edad de los/as consejeros/as aumenta la proporción de ellos que han asistido (Anexo 2.).

Los consejeros que se desempeñan en las regiones que presentan más incidencia en casos de VIH/SIDA (I, V, VIII y RM) han asistido en una proporción similar a talleres de formación que los/as consejeros/as que se desempeñan en otras regiones (91% y 88,1% respectivamente) (Anexo 2.).

**Cuadro 2.2. Asistencia a talleres de formación para la prevención de VIH/SIDA.
según profesión de los/as consejeros/as
(porcentajes)**

	Profesión							
	Enfermera/o	Matrón/a	Psicólogo/a	Tec. médico	Paramédico	Asist. Social	Médico	Otra
Si	100,0	89,1	100,0	88,9	100,0	100,0	45,5	100,0
No		10,9		11,1			54,5	
Total	37	138	3	9	4	14	11	3
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

No hay diferencia en la proporción de consejeros/as que se desempeña en hospitales o en consultorios de atención primaria, aunque quienes se desempeñan en otros lugares presentan un porcentaje mayor de consejeros/as capacitadas (Anexo 2.).

b) Año en que los/as consejeros/as asistieron a talleres de formación

La asistencia de consejeros/as a talleres de formación ha sido relativamente homogénea durante todos los años. El año que presenta una mayor asistencia es 1998 y los años que presentan una menor asistencia son 1997 y el 2002 (Cuadro 2.3.).

No obstante se aprecia algunas diferencias en la asistencia a talleres de formación de carácter local y nacional en ciertos años. Las más notables se dan en 1997 -la proporción de asistencia a talleres de carácter nacional casi triplicó a la asistencia de talleres de carácter local-, en 1999 -la proporción de asistencia a talleres de carácter local casi dobló a la asistencia de talleres de carácter nacional-, y en el 2002 -la proporción de asistencia a talleres de carácter local casi cuadruplica a la asistencia de talleres de carácter nacional. (Anexo 2.).

**Cuadro 2.3. Años en que lo/as consejeros/as han asistido a talleres de formación.
Total talleres, carácter local y nacional
(porcentajes)**

	Total Talleres	Talleres Local	Talleres Nacional
1996 o antes	13,9	12,8	15,6
1997	9,4	5,9	14,8
1998	17,2	15,4	19,7
1999	12,3	15,4	8,2
2000	12,9	13,8	11,5
2001	12,6	11,7	13,9
2002	8,4	11,7	3,3
2003	13,3	13,3	13,1
Total	100,0	100,0	100,0

c) Tipo de formación a la cual han asistido los/as consejeros/as

Tanto hombres como mujeres han participado en proporciones semejantes en talleres de formación de consejería. No se aprecian diferencias por tramos de edad.

La mayoría de los/as consejeros ha asistido sólo a talleres de formación de carácter local o réplicas (43,7% del total), el 17% ha asistido a talleres de carácter nacional y un 21% ha asistido a ambos tipos de talleres de formación. Una proporción menor (17%) no especificó el tipo de formación a la cual asistió (Cuadro 2.3).

A medida que aumentan los años de experiencia aumenta la proporción de consejeros/as que ha asistido a ambos tipos de talleres. A la inversa, a medida que desminuye la experiencia aumenta la proporción de consejeros/as que sólo ha asistido a talleres de carácter local, réplicas. Esta constatación plantea la pregunta acerca de la homogeneidad en la calidad y profundidad de la formación recibida para desempeñarse como consejeros/as en los profesionales que están en estas tareas. Ello revela, también, que no es suficiente haber asistido a un taller nacional para formar posteriormente otros consejeros/as.

**Cuadro 2.3. Tipo de talleres de formación para la prevención de VIH/SIDA a los que han asistido los/as consejeros/as. Total y según experiencia como consejero/a
(porcentajes)**

	Total	Años como consejero/a		
		< 2	2 a 5	5 y +
Sólo local	43,7	58,1	48,6	35,1
Sólo nacional	17,3	22,6	9,7	21,3
Ambas	21,8	12,9	16,7	28,7
NET*	17,3	6,5	25,0	14,9
Total	197	31	72	94
% col	100,0	100,0	100,0	100,0

* Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

Quienes realizan consejerías en los hospitales (cuadro 2.4) han asistido en una proporción mayor a ambos tipos de talleres, en comparación con quienes realizan consejerías en consultorios de atención primaria. A la inversa, quienes realizan consejerías en los consultorios han asistido principal y mayoritariamente a talleres de réplica de tipo local.

Cuadro 2.4. Tipo de talleres de formación para la prevención de VIH/SIDA a los que han asistido los/as consejeros/as según establecimiento donde se realizan las consejerías y región (porcentajes)

	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con altos casos de VIH	
	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Sólo local	36,2	51,8	22,2	49,6	33,8
Sólo nacional	17,4	16,4	22,2	15,4	20,3
Ambas	30,4	16,4	22,2	21,1	23,0
NET*	15,9	15,5	33,3	13,8	23,0
Total	69	110	18	123	74
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

Los/as consejeros/as que se desempeñan en regiones con altos casos de VIH/SIDA han asistido principalmente (50%) a talleres de carácter local y en una proporción mayor que quienes se desempeñan en otras regiones. Se podría haber esperado que, justamente en estas regiones, consejeros y consejeras estuvieran más capacitados.

d) Período en el cual los/as consejeros/as asistieron a talleres de formación

Del total de consejeros/as que respondió la encuesta y asistió a talleres de formación de consejería en prevención primaria de VIH/SIDA se aprecia que sólo el 23,9% ha asistido a talleres de formación que se realizaron en 1998 o antes (cuadro 2.5). Los/as consejeros/as que sólo han asistido a talleres que se realizaron en 1999 o después representan el 39,1%. Quienes han asistido a talleres de formación en ambos períodos representan el 18,3%. La misma proporción que no especificó a qué tipo de taller de formación asistió no especificó en qué año asistió (18,8%).

Cuadro 2.5. Período en que los/as consejeros/as asistieron a talleres de formación Total y según años como consejeros/as (porcentajes)

	Total	Años como consejero		
		< 2	2 a 5	5 y +
1998 o antes	23,9		9,7	42,6
1999 o después	39,1	83,9	61,1	7,4
En ambos	18,3		4,2	35,1
NEA*	18,8	16,1	25,0	14,9
Total	197	31	72	94
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0

*Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

La gran mayoría de los/as consejeros/as (83,9%) con menos años de experiencia (menos de dos años) asistió a talleres en 1999 o con posterioridad. Lo mismo sucede con los que tienen entre 2 y 5 años (61,1%) aunque un porcentaje menor los hizo antes. Los/as consejeros/as con mayor experiencia (cinco y más años) en una proporción importante (42,6%) asistieron a talleres en 1998 o antes, y algo más de un tercio ha asistido en ambos períodos (cuadro 2.5).

Cuadro 2.6. Período en que los/as consejeros/as asistieron a talleres de formación según tipo de formación a la que asistieron (porcentajes)

	Tipo de formación			
	Sólo local	Sólo nacional	Ambas	NET*
1998 o antes	24,4	47,1	23,3	
1999 o después	60,5	38,2	27,9	
En ambos	14,0	11,8	46,5	
NEA*	1,2	2,9	2,3	100,0
Total	86	34	43	34
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0

*Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

Como se aprecia en el cuadro 2.6, quienes han asistido sólo a talleres de formación de tipo local lo hicieron en una proporción importante (60%) en 1999 o con posterioridad. A la inversa, quienes han asistido sólo a talleres de formación de tipo nacional lo hicieron principalmente (47%) en 1998 o en una proporción algo menor en 1999 o después. Una proporción importante de los/as consejeros/as que asistió a ambos tipos de formación lo hizo en los dos períodos

e) Número de talleres de formación a los que han asistido

Un poco más de la mitad de los/as consejeros/as ha asistido sólo a un taller de formación (cuadro 2.7). Dos de cada diez, han asistido a dos talleres y muy pocos (1 de cada 10) han asistido a tres o más talleres. La media de talleres asistidos es de 1,9 talleres por consejero/a.

Cuadro 2.7. Número de talleres asistidos. Total y según experiencia y año de asistencia (porcentajes)

	Total	Años como consejero			Período asistencia talleres formación			
		< 2	2 a 5	5 y +	1998 o antes	1999 o después	En ambos	NEA*
Una	53,4	71,0	54,4	45,6	74,5	81,1		
Dos	20,8	19,4	16,2	25,3	23,4	13,5	65,0	8,1
Tres o +	6,7	3,2	2,9	11,4	2,1	5,4	35,0	
NE*	19,1	6,5	26,5	17,7				91,9
Total	197	31	68	79	47	74	20	34
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

Los/as consejeros que tienen menos de dos años de experiencia han asistido principalmente a un solo taller. A medida que aumentan los años de experiencia aumenta la proporción de consejeros/as que ha asistido a dos o más talleres de formación. Los/as que asistieron a talleres efectuados hasta 1998, en una proporción mayor, han participado en dos o más talleres de formación.

Los/as consejeros/as que asistieron sólo a capacitaciones de tipo local (réplicas) lo han hecho en una proporción levemente mayor a dos talleres, en comparación a quienes asistieron sólo a talleres de carácter nacional (Anexo 2.).

f) Institución responsable del taller de formación principal al que asistieron

Los Servicios de Salud y CONASIDA han sido, en la mayoría de los casos, las instituciones responsables de la formación principal de los/as consejeros/as. En menos de uno de cada diez casos se constatan que otras instituciones (Hospitales, ONG's, etc.) fueron responsables de éstos talleres (Cuadro 2.8).

Se encuentran diferencias importantes según el tipo de formación y el año de asistencia. Es así que quienes asistieron sólo a capacitaciones del tipo local (réplicas) en una proporción importante ésta fue impartida por un Servicio de Salud. En cambio quienes asistieron sólo a capacitaciones de tipo nacional (una o más veces) ésta fue impartida principalmente por CONASIDA; lo mismo sucede con quienes asistieron a ambos tipos de capacitaciones.

Esta situación da cuenta en parte, como es de suponer a partir de la información presentada por CONASIDA, que las réplicas fueron realizadas principalmente por los servicios de salud. Ello plantea la pregunta sobre la calidad de la oferta educativa a la que han asistido los/as consejeros/as, ahora no sólo por períodos en el tiempo sino por el tipo de formación recibida.

**Cuadro 2.8. Institución responsable del taller de formación principal.
Total y según tipo de formación y año de asistencia
(porcentajes)**

	Total	Tipo de formación				Periodo asistencia talleres formación			
		Sólo local	Sólo nacional	Ambas	NET*	1998 o antes	1999 o después	En ambos	NEA*
CONASIDA	45,6	22,4	79,4	69,8	39,4	51,1	34,2	66,7	41,7
ONG	2,6	2,4	2,9		6,1		3,9		5,6
Servicio Salud	46,7	65,9	17,6	27,9	51,5	44,7	52,6	33,3	50,0
Hospital	4,6	9,4			3,0	2,1	9,2		2,8
Otro	0,5			2,3		2,1			
Total	197	85	34	43	34	39	76	47	34
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

La mitad de los/as profesionales que asistió a talleres de formación en 1998 o antes lo hizo en actividades a cargo de CONASIDA y una proporción también importante (4 de 10) lo hizo con un Servicio de Salud. A la inversa, la mitad de quienes asistieron talleres de formación en 1999 o después realizaron el taller de formación principal a cargo de un Servicio de Salud, y en una proporción menor (3 de 10) lo hizo con la CONASIDA.

En éste último período aumenta la proporción de quienes realizaron el taller de formación principal a cargo de hospitales y aparecen algunos/as consejeros/as que lo realizaron con ONG's. Según quienes asistieron a talleres en ambos períodos, mayoritariamente señalan que la formación principal estuvo a cargo de la CONASIDA, aunque un tercio lo hizo en talleres a cargo de un Servicio de Salud.

Es interesante destacar que para los/as consejeros/as con mayor experiencia (6 de 10) y menor experiencia (5 de 10) su formación principal estuvo a cargo de CONASIDA. En cambio los que

tienen entre dos y cinco años de experiencia ésta estuvo a cargo de un Servicio de Salud (6 de 10) (Anexo 2).

La mitad de los/as que trabajan en hospitales realizó el taller de formación principal a cargo de CONASIDA. A la inversa, más de la mitad de quienes trabajan en consultorios de atención primaria realizó el taller de formación principal a cargo de un Servicio de Salud (Anexo 2.).

La mitad de quienes se desempeñan en regiones con alta incidencia de casos de VIH realizaron mayoritariamente el taller de formación principal a cargo de un Servicio de Salud. A la inversa, la mitad de quienes se desempeñan en otras regiones realizaron mayoritariamente el taller de formación principal a cargo de la CONASIDA (Anexo 2.).

g) Número de horas que duró el taller de formación personal principal

Si bien la duración del taller de formación principal se concentra principalmente entre las 13 y las 42 horas, la mayoría de quienes se desempeñan actualmente como consejeros/as realizó un taller de formación principal de 32 y menos horas (6 de 10). Muy pocos/as han realizado talleres de más de 42 horas (cuadro 2.9).

En el mismo cuadro se advierte que la duración del taller principal de quienes asistieron sólo a formación de carácter local es considerablemente menor a la de aquellos/as que asistieron a talleres de carácter nacional.

**Cuadro 2.9. Número de horas duración taller de formación principal.
Totales y según tipo de formación y período de asistencia
(porcentajes)**

	Total	Tipo de formación				Período asistencia formación			
		Sólo local	Sólo nacional	Ambas	NET*	1998 o menos	1999 o más	En ambos	NEA*
Menos 12 hrs.	7,7	12,8	3,0	2,3	6,1	6,4	11,7	2,9	5,6
Entre 13 y 22 hrs.	25,1	27,9	18,2	20,9	30,3	25,5	24,7	20,0	30,6
Entre 23 y 32 hrs.	28,2	32,6	24,2	27,9	21,2	29,8	32,5	22,9	22,2
Entre 33 y 42 hrs.	24,6	17,4	33,3	30,2	27,3	25,5	20,8	28,6	27,8
Más de 42 hrs.	14,4	9,3	21,2	18,6	15,2	12,8	10,4	25,7	13,9
32 y menos hrs.	61,0	73,3	45,5	51,2	57,6	61,7	68,8	45,7	58,3
33 y más hrs.	39,0	26,7	54,5	48,8	42,4	38,3	31,2	54,3	41,7
Total	197	86	33	43	34	38	77	47	34
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

La duración del taller de formación principal de quienes asistieron en 1998 o antes es levemente mayor que la de quienes asistieron en 1999 o después, aunque considerablemente menor de la duración de aquellos que asistieron en ambos períodos (cuadro 2.9).

Cuadro 2.10. Número de horas duración taller de formación principal según institución responsable de la formación principal y experiencia de los/as consejeros/as (porcentajes)

	Institución responsable formación principal			Años como consejero		
	CONASIDA	Servicio Salud	Otra	< 2	2 a 5	5 y +
Menos 12 hrs	2,3	9,9	26,7	22,6	5,6	4,3
Entre 13 y 22 hrs	13,6	34,1	40,0	22,6	30,6	21,7
Entre 23 y 32 hrs	33,0	23,1	26,7	38,7	23,6	28,3
Entre 33 y 42 hrs	31,8	22,0		16,1	25,0	27,2
Más de 42 hrs	19,3	11,0	6,7		15,3	18,5
32 y menos hrs	48,9	67,0	93,3	83,9	59,7	54,3
33 y más hrs	51,1	33,0	6,7	16,1	40,3	45,7
Total	88	91	15	31	72	92
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Respecto a la institución responsable, la formación principal que estuvo a cargo de la CONASIDA fue de duración mayor que la de los Servicio de Salud u otra institución (hospitales y ONG's principalmente) (cuadro 2.10).

En la misma tabla también se puede apreciar que a medida que disminuye la experiencia de los/as consejeros/as disminuye la duración de los talleres de formación principal. Destaca que la gran mayoría (8 de 10) de los/as consejeros/as con menos de dos años de experiencia ha asistido a talleres de 32 horas o menos y que en ningún/a ha asistido a talleres de más de 42 horas.

2. La oferta educativa recibida

De la oferta educativa en la que participaron los/as consejeros/as se distinguen dos aspectos principales:

- prácticas pedagógicas y las actividades realizadas durante los talleres de formación,
- saberes y contenidos transmitidos en los talleres.

a) Las prácticas pedagógicas: actividades realizadas durante los talleres de formación

Según los/as asistentes a los talleres prácticamente todos/as tuvieron, además de los contenidos específicos de la consejería de prevención, ejercicios grupales con juegos de roles y análisis de testimonios (más de 9 de 10). En una proporción menor se incorporó la evaluación grupal entre pares de las primeras experiencias de consejería reales y algo menos la formación para replicar localmente la formación (6 de cada 10). Sólo una pequeña proporción hizo práctica real de consejería y evaluación de esa práctica con consejeros más experimentados (2 de 10) (Cuadro 2.11).

Quienes asistieron a talleres sólo de carácter local realizaron en una proporción superior las actividades de “*Práctica real de consejería y de evaluación de la práctica por consejero/a más experimentado*” y “*Evaluación grupal entre pares de las primeras experiencias de consejería con consultantes reales*” en comparación con aquellos/as que solo realizaron talleres de tipo

nacional. Estos/as últimos/as realizaron en una proporción mayor que los primeros la actividad de ser “*Formación para replicar localmente la formación*” al igual que los/as que realizaron talleres en ambos períodos. Se constata que las personas que fueron supervisadas por otros consejeros y evaluados por sus pares en atenciones con consultantes reales fueron las que hicieron talleres locales, pero a la vez estos talleres fueron dictados por personas preparadas para replicar lo que no significaba que tuvieran mayor experiencia en consejería.

Cuadro 2.11. Actividades realizadas durante los talleres de formación asistidos. Totales y según tipo de formación y período de asistencia de taller principal (porcentajes)

	Total	Tipo de formación				Período asistencia formación		
		Sólo local	Sólo nacional	Ambas	NET	1998 o antes	1999 o después	En ambos
Exposición de contenidos	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Juegos de roles y análisis de testimonios	91,2	89,4	91,2	100,0	84,8	94,6	90,8	93,6
Evaluación grupal entre pares de las primeras experiencias de consejería con consultante reales	54,3	54,9	41,2	64,1	54,5	58,3	50,0	57,8
Práctica real de consejería y evaluación de la práctica por consejero/a más experimentado*	22,6	28,0	18,8	17,9	18,2	26,5	25,3	18,2
Formación para replicar localmente la formación	66,1	53,6	75,8	76,7	75,0	82,1	53,3	67,4
Total	197	84	33	43	32	39	75	46
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* La categoría por la que se le pregunto a los/as consejeros fue: *Realizar una consejería con un consultante real siendo supervisado por un consejero más experimentado y posterior discusión / aprendizaje de la experiencia*

Quienes participaron de talleres en 1998 o antes realizaron en una mayor proporción todo tipo de actividades, en especial la “*Formación para replicar localmente la formación*”. Una situación similar sucede a medida que aumenta el número de talleres de formación que realizaron los/as consejeros/as y entre quienes asistieron a talleres principal de 33 o más horas de duración. Respecto a la duración de los talleres de formación principal es notable como, a medida que aumenta la duración de éstos, aumenta la proporción de los que señala haber realizado actividades de “*Práctica real de consejería y de evaluación de la práctica por consejero/a más experimentado*” y de “*Formación para replicar localmente la formación*” (cuadro 2.12).

Respecto a la institución responsable, en el cuadro 2.12 se observa que en los talleres de formación inicial realizados por CONASIDA, las distintas actividades se realizaron en una proporción mayor que los talleres principales realizados por los Servicios de Salud y por Otras instituciones, en especial la “*Formación para replicar localmente la formación*” con la excepción de la “*Evaluación grupal entre pares de las primeras experiencias de consejería con consultantes reales*”.

Cuadro 2.12. Actividades realizadas durante los talleres de formación asistidos según número de talleres asistidos, institución responsable formación principal y duración formación principal (porcentajes)

	N° talleres formación asistidos			Institución responsable formación principal			Duración formación principal	
	Uno	Dos	Tres o más	CONASIDA	Servicio Salud	Otra	32 hrs o menos	33 hrs o más
Exposición de contenidos	100,0	100,0	100,0	100	100	100	100	100
Juegos de roles y análisis de testimonios	90,4	91,7	100,0	95,3	89,0	80,0	87,9	96,1
Evaluación grupal entre pares de las primeras experiencias de consejería con consultante reales	49,5	62,9	70,0	50,0	61,8	35,7	53,1	56,8
Práctica real de consejería y evaluación de la práctica por consejero/a más experimentado*	23,1	24,2	30,0	24,7	20,2	26,7	17,9	30,1
Formación para replicar localmente la formación	54,3	70,3	75,0	74,7	60,7	53,3	59,8	75,7
Total	95	37	12	87	89	15	117	74
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* La categoría por la que se le pregunto a los/as consejeros fue: *Realizar una consejería con un consultante real siendo supervisado por un consejero más experimentado y posterior discusión / aprendizaje de la experiencia*

b) Saberes y contenidos en los talleres de formación

Para evaluar los contenidos que se transmitieron en los talleres de formación se elaboró una lista de dieciséis contenidos que están mencionados en la documentación entregada por CONASIDA sobre sus actividades de formación de consejeros/as (CONASIDA 1997, 2003, 2002, s/f, Lara y Parra 1998, Parrini s/f, ONUSIDA 2001, Centro Romero 2000, Fergadiott y Mena s/f y diversos documentos que están en la página web del CONASIDA). Asimismo se hizo una consulta en línea a consejero/as y enlaces de la Red de Consejería, previo la confección del cuestionario final, acerca de los contenidos a preguntar. Esta lista contempla, por tanto, los contenidos y saberes que son señalados como de mayor significación en la práctica de la consejería de prevención en VIH/SIDA.

La lista elaborada mide contenidos de seis dimensiones diferentes:

- estrategias para manejar situaciones difíciles
- formas de prevención estratégica
- impacto en los/as consultantes de la consejería y del VIH/SIDA
- formas eficaces y no discriminadoras de comunicación para la prevención
- derechos de los/as consultantes
- educación en contexto²⁰.

²⁰ La “idoneidad” de estas dimensiones fue medida a través de un análisis factorial utilizando el método de extracción de Análisis de los Componentes Principales y el método de rotación Varimax con normalización de Kaizer.

El primer elemento que hay que destacar es que la totalidad de los contenidos preestablecidos fueron revisados durante los talleres de formación por la mayoría de los/as encuestados/as. Un segundo elemento a destacar sin embargo, es que existen importantes variaciones en entre los distintos “tipos” de contenidos revisados (variaciones de hasta 40% en algunos casos).

Los contenidos que los/as consejeros/as señalaron haber recibido en una proporción mayor (superior al 94%) fueron (cuadro 2.13):

- *El derecho del o la consultante a que el resultado del test de Elisa y lo conversado durante la consejería sea tratado confidencialmente*
- *El derecho del o la consultante a no ser discriminado/a sea cual sea su orientación sexual o prácticas sexuales*
- *Formas de prevención de la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA*
- *Los principales factores que hacen más vulnerable a una persona de adquirir VIH/SIDA.*

Un segundo grupo de contenidos obtenidos, que también presenta una alta tasa de revisión en los talleres de formación (entre un 88% y 93%), fue el siguiente:

- *Impacto psicológico, social y emocional de la seropositividad en los/as consultante*
- *Formas de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida*
- *Cómo aprovechar la entrega de resultados negativos como una instancia educativa*
- *Aspectos básicos de la comunicación verbal y no verbal*
- *Cómo se usa correctamente el preservativo.*

Un tercer grupo de contenidos, que presenta una tasa bastante menor de revisión en los talleres de formación (entre un 60% y 73%), fue:

- *Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores*
- *Impacto psicológico, social y emocional de la consejería en el o la consejero/a*
- *Implicancias psicológicas, sociales y emocionales de la discriminación según orientación sexual en el manejo del riesgo*
- *Estrategias para manejar situaciones emocionales críticas durante la consejería*
- *Diversidad de las experiencias/orientación/es sexual/es y sus implicancias en la vida cotidiana de las personas*
- *cómo evaluar y manejar la ansiedad del consultante antes y después del test de ELISA.*

Cuadro 2.13. Proporción de consejeros/as que señaló que había revisado distintos contenidos en los talleres de formación. Total y según duración taller de formación principal tipo de formación a la que asistió (porcentajes)

	Total	Duración formación principal		Tipo de formación			
		32 hrs o menos	33 hrs o más	Sólo local	Sólo nacional	Ambas	NET*
Formas de prevención de la transmisión sexual y sanguínea del VIH/Sida	97,4	97,5	97,4	97,7	97,1	97,6	97,0
Formas de prevención de la transmisión vertical (de madre a hijo/a) del VIH/Sida	90,3	92,4	86,8	91,9	88,2	95,2	81,8
Aspectos básicos de la comunicación verbal y no verbal	87,7	83,1	94,7	87,2	91,2	90,5	81,8
Impacto psicológico, social y emocional del examen en los/as consultante	94,4	91,6	98,7	94,2	100,0	95,3	87,9
Impacto psicológico, social y emocional de la seropositividad en los/as consultante	91,8	89,0	96,1	90,6	94,1	95,3	87,9
Estrategias para manejar situaciones emocionales críticas durante la consejería.	65,1	60,5	72,0	63,5	73,5	67,4	57,6
El derecho del o la consultante a que el resultado del test de Elisa y lo conversado durante la consejería sea tratado confidencialmente	98,5	100,0	96,1	100,0	100,0	93,0	100,0
El derecho del o la consultante a no ser discriminado sea cual sea su orientación sexual o prácticas sexuales	98,5	99,2	97,3	100,0	100,0	97,7	93,9
Cómo se usa correctamente el condón / preservativo	86,7	84,0	90,8	83,7	85,3	97,7	81,8
Las implicancias psicológicas, sociales y emocionales de la discriminación según orientación sexual en el manejo del riesgo	68,2	65,3	72,4	67,1	79,4	69,8	57,6
Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores	72,8	70,3	76,3	70,6	82,4	81,4	57,6
Cómo aprovechar la entrega de resultados negativos como una instancia educativa	88,1	85,5	92,1	83,5	94,1	90,5	90,9
Los principales factores que hacen más vulnerable a una persona de adquirir VIH/Sida	94,4	94,1	94,7	96,5	97,1	90,7	90,9
Diversidad de las experiencias y orientación/es sexual/es y sus implicancias en la vida cotidiana de las personas	63,7	59,8	69,3	63,1	60,6	69,8	60,6
Cómo evaluar y manejar la ansiedad del consultante antes y después del test de ELISA	61,7	58,1	66,7	59,5	66,7	60,5	63,6
Impacto psicológico, social y emocional de la consejería en el o la consejero/a	72,2	70,1	75,0	66,7	85,3	72,1	72,7

*Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

Se constatan importantes variaciones al analizar los contenidos revisados en los talleres de formación según:

- el número de horas que duró el taller de formación principal,
- el tipo de formación asistida (local / nacional),
- la institución responsable del taller de capacitación principal, y
- el período en el cual se realizaron los talleres de formación (cuadros 2.13 y 2.14.).

Respecto a la variación según el número de horas del taller de formación principal: los/as consejeros/as que asistieron a talleres de 33 o más horas señalaron haber visto en una proporción mayor once de los contenidos mencionados (entre 6% y 12%). Las diferencias más notorias se aprecian en los contenidos *“Estrategias para manejar situaciones emocionales críticas durante la consejería”*, *“Implicancias psicológicas, sociales y emocionales de la discriminación según orientación sexual en el manejo del riesgo”*, y *“Diversidad de las experiencias y orientación/es sexual/es y sus implicancias en la vida cotidiana de las personas”* (cuadro 2.14).

En relación al tipo de formación (local / nacional) quienes señalaron haber asistido sólo talleres de formación de tipo nacional manifestaron que en diez de los dieciséis contenidos haberlos vistos en una mayor proporción que quienes asistieron sólo a talleres de tipo local. Las diferencias más notorias se aprecian en los contenidos *“Estrategias para manejar situaciones emocionales críticas durante la consejería”*, *“Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores”*, y *“Cómo aprovechar la entrega de resultados negativos como una instancia educativa”* (cuadro 2.14).

En los talleres de formación principal a cargo de CONASIDA los/as consejeros/as que asistieron a ellos señalaron que en nueve de los dieciséis contenidos habían tenido una mayor proporción de los contenidos que los asistentes a talleres realizado por los respectivos Servicios de Salud. Las diferencias más notorias se aprecian en los contenidos *“Estrategias para manejar situaciones emocionales críticas durante la consejería”*, e *“Impacto psicológico, social y emocional de la consejería en el o la consejero/a”* (cuadro 2.14).

Respecto al período en que asistieron a los talleres de formación se constata que los/as consejeros/as que participaron en 1999 o después revisaron más contenidos que los que lo hicieron antes (variaciones entre 1% y 14%). Los principales contenidos donde se observan diferencias son: *“Cómo evaluar y manejar la ansiedad del consultante antes y después del test de ELISA”*, e *“Impacto psicológico, social y emocional de la consejería en el o la consejero/a”* (cuadro 2.14).

Cuadro 2.14. Proporción de consejeros/as que señaló que había revisado distintos contenidos en los talleres de formación según institución responsable talleres formación principal y año de asistencia a taller/s (porcentajes)

	Institución responsable formación principal			Año asistencia talleres formación		
	CONASIDA	Servicio Salud	Otra	1998 o antes	1999 o después	En ambos
Formas de prevención de la transmisión sexual y sanguínea del VIH/Sida	97,7	97,8	93,3	100,0	96,1	97,1
Formas de prevención de la transmisión vertical (de madre a hijo/a) del VIH/Sida.	90,9	93,4	66,7	93,6	90,9	91,4
Aspectos básicos de la comunicación verbal y no verbal	86,4	92,3	66,7	87,2	89,6	94,3
Impacto psicológico, social y emocional del examen en los/as consultante	96,6	92,3	93,3	95,7	98,7	88,9
Impacto psicológico, social y emocional de la seropositividad en los/as consultante	95,5	88,9	86,7	93,6	92,1	91,7
Estrategias para manejar situaciones emocionales críticas durante la consejería	71,9	60,0	53,3	59,6	67,1	77,8
El derecho del o la consultante a que el resultado del test de Elisa y lo conversado durante la consejería sea tratado confidencialmente	97,8	98,9	100,0	100,0	96,1	100,0
El derecho del o la consultante a no ser discriminado sea cual sea su orientación sexual o prácticas sexuales	97,7	98,9	100,0	100,0	98,7	100,0
Cómo se usa correctamente el condón / preservativo	88,8	89,0	60,0	83,0	87,0	94,4
Las implicancias psicológicas, sociales y emocionales de la discriminación según orientación sexual en el manejo del riesgo	70,8	65,6	66,7	72,3	71,1	69,4
Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores	73,0	73,3	66,7	72,3	75,0	83,3
Cómo aprovechar la entrega de resultados negativos como una instancia educativa	90,9	87,8	73,3	84,8	85,7	100,0
Los principales factores que hacen más vulnerable a una persona de adquirir VIH/Sida	95,5	93,4	93,3	93,6	96,1	94,4
Diversidad de las experiencias y orientación/es sexual/es y sus implicancias en la vida cotidiana de las personas	65,5	63,3	53,3	60,9	65,3	69,4
Cómo evaluar y manejar la ansiedad del consultante antes y después del test de ELISA	64,8	60,7	46,7	50,0	64,0	72,2
Impacto psicológico, social y emocional de la consejería en el o la consejero/a	77,3	66,7	73,3	63,8	76,0	77,8

Como es de esperar, las personas que asistieron a más talleres tuvieron una gama mayor de contenidos en su formación. Es así que en quienes asistieron a tres o más actividades en una mayor proporción revisaron contenidos como “*Diversidad de las experiencias y orientación/es sexual/es y sus implicancias en la vida cotidiana de las personas*”, “*Cómo aprovechar la*

entrega de resultados negativos como una instancia educativa”, “Cómo evaluar y manejar la ansiedad del consultante antes y después del test de ELISA”, e “Impacto psicológico, social y emocional de la consejería en el o la consejero/a”.

Las voces de consejeros y consejeras

Las entrevistas individuales permiten contextualizar en una conversación más profunda con el/la consejero/a cómo fue la formación recibida en los talleres. En el marco de una conversación amplia sobre la consejería uno de los aspectos tocados dijo relación con la formación. Aquí no había una “parrilla” de respuestas posibles, sino lo que recordaban como más destacables de esa(s) experiencia(s).

Es llamativo que los puntos señalados por los/as consejeros/as en la encuesta como los más revisados en los talleres de formación estén también presentes en las entrevistas. Se refuerza la opinión sobre los contenidos que asocian a la relación que se debe buscar con los/as usuarios/as: empatía, respeto, escucha. Destaca la importancia que se asignó a la confidencialidad y el reconocimiento a la diversidad.

Lo aspectos más destacados en la formación recibida a través de los talleres de formación a los que habían asistido fueron:

- La relación con el usuario/a / consultante / paciente
- La confidencialidad
- La diversidad sexual / discriminación
- Las técnicas de consejería
- La metodología de los talleres
- La replicabilidad de los talleres

Los/as consejeros/as en las entrevistas individuales ahondan en la formación que recibieron en torno a los usuarios/consultantes. En este sentido señalan que los aspectos que más recuerdan son la relación que ellos/as deberían establecer con la persona que pedía la consejería: técnicas de empatía, cómo presentarse ante ellos/as; el manejo psicológico con el usuario, la humanización del trato.

El reconocimiento de la diversidad sexual y los problemas de la discriminación y homofobia es otro de los temas que recuerdan haber revisado con detenimiento durante los talleres. El debate en torno a la diversidad sexual y cómo trabajar el tema de la discriminación, “de ponerse en los zapatos del otro/a”.

El tratamiento de la confidencialidad es un aspecto mencionado reiteradamente por los/as consejeros/as y cómo los talleres de formación hicieron especial hincapié en ello.

Las técnicas específicas de la consejería -conocidas o profundizadas en los talleres de formación- fueron: información de la enfermedad, las nuevas terapias, el manejo del stress, uso y manipulación del condón, la conversación sobre sexualidad y los temas calóricos.

La metodología de los talleres abrió una amplia gama de posibilidades para los consejeros/as que participaron de la formación. Se considera la metodología como amplia, con exposiciones individuales, discusión de los temas, foros, trabajo de grupo para analizar situaciones, psicodramas; todo ello muy participativo. En general es calificada como una excelente metodología que les entregó herramientas para trabajos interactivos.

La importancia de que se dio a la replicabilidad de los talleres de formación, especialmente en los organizados por CONASIDA, es reconocida por los/as consejeros.

3. Evaluación de las actividades de formación en las que participaron

En la encuesta, la evaluación de la formación se realizó considerando

- aspectos específicos de los talleres
- juicio sobre el conjunto de las actividades de formación en las que participaron.

a) Evaluación de aspectos específicos de los talleres de formación

En general, la evaluación que los/as consejeros/as realizaron del grado de adecuación de los talleres de formación fue buena.

Las áreas evaluadas fueron:

- La utilidad contenidos para su desempeño como consejero/a en prevención primaria
- La utilidad de las herramientas para relacionarse con el o la consultante
- El nivel de profundidad con que se trataron los distintos temas
- El nivel de experiencia en consejerías del facilitador
- La capacidad pedagógica de los facilitadores
- El número de horas que duraron las actividades de formación

En las seis áreas evaluadas la proporción de consejeros/as que señala que los talleres fueron *adecuados o muy adecuados* es superior al 70%. Sin embargo, las respuestas no son homogéneas en algunos aspectos, hay cierto grado de variación.

Las variaciones es posible encontrarlas entre aquellos/as que le dan la máxima calificación a la aspecto consultado. En tres de los seis ítemes que son mencionados, se señala que la formación fue **muy adecuada** en “*La utilidad de los contenidos para su desempeño como consejero/a en prevención primaria*”, “*El nivel de experiencia en consejerías del facilitador*”, y “*La capacidad pedagógica de los facilitadotes*”. En las tres restantes se señaló que eran **adecuados** en los siguientes aspectos: “*La utilidad de las herramientas para relacionarse con el o la consultante*”, “*El nivel de profundidad con que se trataron los distintos temas*”, y “*El número de horas que duraron las actividades de formación*” (cuadro 2.15).

Variaciones se observan también entre aquellos/as que consideran que algunas áreas fueron *inadecuadas o muy inadecuadas*. Las calificaciones más bajas son escasas (muy inadecuados no sobrepasan el 5%, cuando aparece). Pero en dos aspectos las respuestas negativas (muy

inadecuado e inadecuado) son para tener en cuenta “El nivel de profundidad con que se trataron los distintos temas” y “El número de horas que duraron las actividades de formación”.

Cuadro 2.15. Grado en que los talleres de formación fueron adecuados en distintas áreas. Totales y según tipo de formación (porcentajes)

		Total	Tipo de formación				Año asistencia formación		
			Sólo local	Sólo nacional	Ambas	NET*	1998 o antes	1999 o después	Ambos
La utilidad contenidos para su desempeño como consejero/a en prevención primaria	Muy Adecuada	56,6	46,5	67,6	72,1	51,5	76,9	50,6	53,2
	Adecuada	42,3	51,2	32,4	27,9	48,5	20,5	48,1	46,8
	Inadecuada	1,1	2,3				2,6	1,3	
La utilidad de las herramientas para relacionarse con el o la consultante	Muy Adecuada	35,2	25,6	50,0	55,8	18,2	56,4	36,4	27,7
	Adecuada	60,2	68,6	50,0	39,5	75,8	35,9	59,7	70,2
	Inadecuada	4,6	5,8		4,7	6,1	7,7	3,9	2,1
El nivel de profundidad con que se trataron los distintos temas	Muy Adecuada	25,1	18,8	32,4	37,2	18,2	38,5	21,1	25,5
	Adecuada	63,1	65,9	58,8	55,8	69,7	53,8	63,2	66,0
	Inadecuada	11,3	14,1	8,8	7,0	12,1	7,7	15,8	6,4
	Muy Inadecuada	0,5	1,2						2,1
El nivel de experiencia en consejerías del facilitador	Muy Adecuada	55,2	44,7	72,7	65,1	51,5	68,4	53,2	50,0
	Adecuada	41,2	50,6	24,2	34,9	42,4	31,6	41,6	47,8
	Inadecuada	3,1	3,5	3,0		6,1		5,2	
	Muy Inadecuada	0,5	1,2						2,2
La capacidad pedagógica de los facilitadores	Muy Adecuada	47,4	41,9	44,1	65,1	42,4	71,8	40,3	42,6
	Adecuada	50	53,5	55,9	32,6	57,6	25,6	55,8	55,3
	Inadecuada	2,6	4,7		2,3		2,6	3,9	2,1
El número de horas que duraron las actividades de formación	Muy Adecuada	18,5	12,8	29,4	19,0	21,2	23,1	15,6	17,4
	Adecuada	55,4	55,8	50,0	66,7	45,5	61,5	53,2	60,9
	Inadecuada	23,1	26,7	20,6	9,5	33,3	12,8	28,6	15,2
	Muy Inadecuada	3,1	4,7		4,8		2,6	2,6	6,5
Total		197	86	34	42	33	39	77	46
% Col		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Habiendo asistido a talleres de formación no especifica ni año ni tipo de formación en la encuesta

Al desagregar los resultados de la evaluación que hacen consejeros/as para los distintos aspectos de la formación se observan diferencias que están directamente relacionadas con los cruces efectuados en los puntos tratados más arriba. Nuevamente se observan diferencias importantes al cruzar esta variable con las siguientes: el carácter nacional o local de las actividades, el año de la formación, la institución a cargo de la formación principal, y la duración del taller principal (cuadros 2.15 y 2.16).

En relación a si fueron nacionales o locales las actividades de formación crece la calificación de muy adecuada si ésta fue nacional y es aún mayor cuando el consejero/a participó en talleres nacionales y locales. Las actividades nacionales no tiene respuestas “muy inadecuadas”, que si aparecen en las locales.

Los/as consejeros/a que hicieron talleres el año 1998 y con anterioridad califican más positivamente las actividades de formación que quienes las hicieron con posterioridad.

Las actividades organizadas por CONASIDA son mejor calificadas que las que estuvieron a cargo de los Servicios de Salud en todos los aspectos consultados.

Los/as que participaron en talleres de formación principal de 33 o más horas evalúan mejor la formación recibida que quienes asistieron a talleres de menor duración.

Cuadro 2.16 Grado en que los talleres de formación fueron adecuados en distintas áreas según institución responsable de los talleres de formación principal y duración taller formación principal (porcentajes)

		Institución responsable formación principal			Duración taller principal	
		CONASIDA	Servicio Salud	Otra	32 hrs o menos	33 hrs o más
La utilidad de los contenidos para su desempeño como consejero/a en prevención primaria	Muy Adecuada	69,7	46,2	40,0	52,1	63,2
	Adecuada	30,3	52,7	53,3	46,2	36,8
	Inadecuada		1,1	6,7	1,7	
	Muy Inadecuada					
La utilidad de las herramientas para relacionarse con el o la consultante	Muy Adecuada	48,3	24,2	20,0	30,3	42,1
	Adecuada	50,6	68,1	73,3	64,7	53,9
	Inadecuada	1,1	7,7	6,7	5,0	3,9
	Muy Inadecuada					
El nivel de profundidad con que se trataron los distintos temas	Muy Adecuada	33,7	18,9	13,3	17,8	36,8
	Adecuada	58,4	66,7	66,7	66,9	56,6
	Inadecuada	7,9	13,3	20,0	14,4	6,6
	Muy Inadecuada		1,1		0,8	
El nivel de experiencia en consejerías del facilitador	Muy Adecuada	67,0	42,2	60,0	46,6	69,3
	Adecuada	33,0	51,1	33,3	48,3	29,3
	Inadecuada		5,6	6,7	4,2	1,3
	Muy Inadecuada		1,1		0,8	
La capacidad pedagógica de los facilitadores	Muy Adecuada	59,6	35,2	53,3	42,0	56,6
	Adecuada	39,3	60,4	46,7	53,8	43,4
	Inadecuada	1,1	4,4		4,2	
El número de horas que duraron las actividades de formación	Muy Adecuada	26,1	12,1	13,3	11,0	30,3
	Adecuada	60,2	52,7	40,0	54,2	56,6
	Inadecuada	13,6	30,8	33,3	29,7	13,2
	Muy Inadecuada		4,4	13,3	5,1	
Total		88	91	15	118	76
% Col		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Es evidente que el cambio que se produce a partir del año 1998, con la discontinuidad de las actividades de formación organizadas desde el CONASIDA, tiene un impacto en los/as profesionales que participan de las actividades de formación en consejería de prevención primaria de VIH/SIDA. Las actividades que se organizan desde el CONASIDA tienen carácter nacional, su duración es mayor en horas que las organizadas a nivel de los Servicios de Salud, en muchos casos como réplica de los que organiza CONASIDA. Es entonces de esperar que la evaluación sea superior cuando se trata de calificar por los/as participantes este aspecto de la consejería.

b) Evaluación del conjunto de las actividades de formación en las que participaron

El grado de satisfacción con lo aprendido en los talleres de formación para la prevención primaria del VIH/SIDA es bastante alto (cuadro 2.17). Nueve de cada diez consejeros/as señaló que estaba *satisfecho/a o muy satisfecho/a con lo aprendido*. El grado de insatisfacción es bastante bajo uno de cada diez indicó que estaba *insatisfecho/a* con lo aprendido, muy pocos/as dijeron estar muy insatisfechos/as.

Cuadro 2.17. Grado de satisfacción con lo aprendido en los talleres de formación lo/as consejero/as. Total y según tipo de formación, año de asistencia y n° de talleres asistidos (porcentajes)

	Total	Tipo de formación				Año asistencia formación			N° talleres formación asistidos		
		Sólo local	Sólo nacional	Ambas	NET	1998 o menos	1999 o más	Ambos	Una	Dos	Tres o más
Muy satisfecho	32,0	24,7	45,5	37,2	30,3	43,6	28,0	29,8	30,1	32,4	33,3
Satisfecho	58,2	64,7	51,5	51,2	57,6	48,7	61,3	61,7	60,2	54,1	66,7
Insatisfecho	8,2	9,4	3,0	7,0	12,1	5,1	10,7	4,3	8,6	10,8	
Muy insatisfecho	1,5	1,2		4,7		2,6		4,3	1,1	2,7	
Satisfecho	90,2	89,4	97,0	88,4	87,9	92,3	89,3	91,5	90,3	86,5	100,0
Insatisfecho	9,7	10,6	3,0	11,6	12,1	7,7	10,7	8,5	9,7	13,5	0,0
Total	161	85	33	43	33	39	75	47	95	37	12
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Al igual que la medición de satisfacción sobre aspectos específicos de la formación recibida los resultados obtenidos muestran variaciones cuando se cruzan con las variables: el carácter nacional o local de las actividades, el año de la formación, la institución a cargo de la formación principal, y la duración del taller principal

Hay un mayor grado de satisfacción cuando las actividades de formación fueron de carácter nacional, efectuadas el año 1998 o con anterioridad, se participó en varios talleres, los organizó CONASIDA y tuvieron más horas de duración.

Cuadro 2.18. Grado de satisfacción con lo aprendido en los talleres de formación lo/as consejero/as Según institución responsable taller de formación principal y duración del taller principal (porcentajes)

	Institución responsable formación principal			Duración taller de formación principal				
	CONASID A	Servicio Salud	Otra	<12 hrs	13 y 22 hrs	23 y 32 hrs	33 y 42 hrs	> 42 hrs
Muy satisfecho	43,2	24,4	6,7		22,4	33,3	41,7	46,4
Satisfecho	47,7	64,4	86,7	64,3	67,3	55,6	54,2	50
Insatisfecho	6,8	10,0	6,7	35,7	10,2	7,4	4,2	
Muy insatisfecho	2,3	1,1				3,7		3,6
Satisfecho	90,9	88,9	93,3	64,3	89,8	88,9	95,8	96,4
Insatisfecho	9,1	11,1	6,7	35,7	10,2	11,1	4,2	3,6
Total	88	90	15	15	49	55	48	28
% Col	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En resumen se constata un alto grado de satisfacción de consejeros/as en las actividades de formación en las que se han participado. Especial calificación tienen las actividades organizadas desde CONASIDA, tanto en los aspectos específicos sobre los que se consultó, como en la evaluación general.

Esta situación es gratificante para quienes organizaron estas actividades, pero a la vez es un llamado de atención para las actividades que se están haciendo con posterioridad a 1998, especialmente organizadas como réplicas desde los Servicios de Salud, con menos horas de actividad. La formación que actualmente se estaría dando desde las autoridades e instancia de la salud pública se habría debilitado en relación a lo realizado hasta algunos años. En ese sentido, los contenidos, duración de éstos, metodologías, ejercicios prácticos de talleres, simulación por señalar algunos deberán ser revisados en función de lo que ha sido constatado.

c) Las voces de consejeros y consejeras

En general las actividades de formación fueron bien recibidas por los/as consejeros/as entrevistados/as. Las encontraron entretenidas y en lo personal sienten que les hicieron bien, que no fue tiempo perdido. Entre los aspectos mejor evaluados están los conocimientos que lograron con los talleres, especialmente los referidos a saber más sobre la enfermedad, las conductas sexuales y para algunos/as confrontarse por primera vez con el VIH/SIDA.

En las entrevistas son bien evaluadas las técnicas de la propia consejería aprendidas o profundizadas, las situaciones de empatía de comprensión del otro/a que va solicitar el test de Elisa, la práctica de enfrentarse a alguien que va con muchos temores y dudas y cómo acogerlo dándole o intentando darle respuestas a sus preguntas. Se destaca los *role playing* y el apoyo de la gente que hacía el taller.

Para algunos/as el taller de formación les sirvió para saber si efectivamente les gustaba esta actividad y si tenían recursos personales y emocionales como para ejercerla. Les enfrentó al tema y a las problemáticas que presentan las personas consultantes y a ponerse en el lugar del otro/a. También les ayudó a saber que no todos/as tienen habilidades para hacer consejería de prevención primaria.

Fue mal evaluado por algunas consejeras que -en algunos de los talleres- se les pidiera hablar de su propia sexualidad con preguntas consideradas personales. Se sintieron violentadas, aunque señalan que en algunos casos las personas que impartieron el taller luego se disculparon.

Evalúan muy bien el tratamiento que se le dio al reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual. Se plantearon cuestiones como la homofobia en el trato y en los servicios y les permitió confrontarse con sus propias fobias y hacerlas concientes.

Asimismo, la evaluación que se hace de la formación recibida por parte de consejeros/as entrevistados/as individualmente toca aspectos que no fueron planteados en la encuesta y profundiza algunos que sí lo estuvieron.

Las ausencias que señalaron en las entrevistas están referidas a:

- el tipo de personas que asistió a los talleres
- la profundidad en que se trataron algunos contenidos
- poco espacio para ejercicios prácticos
- reconocer que hay otras poblaciones vulnerables a las que se les debe prestar atención
- la necesidad de un proceso de capacitación permanente de los/as consejeros
- la necesidad de hacer evaluaciones de la actividad
- la falta de supervisión de las consejerías

Para algunos consejeros la composición del grupo que asistió a los talleres de formación marcó cierta diferencia en la motivación y participación. Especial mención se hizo de las personas que no lo hacían voluntariamente, que eran designadas no queriendo estar allí. Con su presencia se veía afectada la dinámica en las actividades.

Hay temas que deberían ser tratados con mayor profundidad, especialmente los que dicen relación con técnicas de entrevistas y manejo de crisis.

Pese a que reconocen que hubo actividades prácticas, algunos/as señalan la necesidad de dejar más espacio para trabajos prácticos, que tengan que ver con las situaciones reales que tienen que enfrentar.

La actualización de los contenidos a los requerimientos que se hacen desde poblaciones vulnerables emergentes, como mujeres, niños portadores, por ejemplo, fue otro de los aspectos señalados. En torno a estos nuevos temas solicitan material y que formen parte de la formación de los/as consejeros/as.

Evaluación y supervisión

Las consejeras y consejeros entrevistados señalan la necesidad de evaluar las actividades de formación que se realizan, para establecer parámetros semejantes en la formación de los/as consejeros de manera que se tenga patrones semejantes en sus calificaciones y ejercicio de la consejería.

Ante la ausencia de consejerías reales que puedan ser parte de los talleres de formación se plantea la importancia de que se supervise, al menos por un tiempo las consejerías que hacen quienes se inician en la actividad. Para algunos/as la supervisión debería ser permanente para todos/as

Formación permanente

Diversas opiniones se escucharon sobre la importancia de una capacitación permanente, al estilo de las comunidades de aprendizaje, que permitiese a consejeros y consejeras estar actualizándose constantemente. En su experiencia, las actividades se realizaron una o dos veces, pero luego cada consejero/a quedaba a su propio recaudo, pese a que constantemente aparecen nuevas demandas y situaciones ante las que no sienten tener recursos adecuados para hacerles frente y abordarlas.

Algunos/as consejeros/as afirman que han logrado establecer algún tipo de formación y –en especial- de sensibilización más permanente en sus servicios o consultorios. Aunque son la excepción.

Afirman la necesidad de establecer un sistema permanente por cuanto requieren profundizar temas y actualizar los conocimientos. La enfermedad y su desarrollo han ido variando en los últimos años, así como la manera en que se va expandiendo en la población y eso requiere de ser conocido, y en alguna medida, anticipado por quienes hacen consejería de prevención primaria.

Las dificultades que se mencionan tienen que ver con la disponibilidad de tiempo de los/as profesionales y con las múltiples actividades que tienen que realizar en sus trabajos. Y con que muchos/as de quienes están en la consejería lo hacen de manera voluntaria sin reconocimiento en sus respectivos servicios o lugares de trabajo.

Necesidad de capacitar a todo el personal en prevención primaria de VIH/SIDA

Hay diversas respuestas cuando se consulta sobre la posibilidad de capacitar a todo el personal en prevención primaria de VIH/SIDA. En algunos casos señalan que ya lo hacen, que es parte de sus actividades regulares y cuentan con el apoyo de la dirección.

Para una gran proporción de consejeros/as entrevistados/as es una actividad que se debería realizar. Especialmente en los hospitales, porque habría mucha gente preocupada por el tema, pese a la gran rotación que se tiene. Se debería poner énfasis en los médicos, especialmente en lo que dice relación con las personas que pueden ser portadores, y en quienes trabajan en los bancos de sangre.

Otro grupo afirma que es conveniente hacer capacitación en prevención primaria, pero no necesariamente para todo el personal y que ello puede considerar diversas intensidades. Se debe hacer con aquellos/as que están más directamente relacionados con este tipo de pacientes o usuarios, y considera el nivel de compromiso en su tarea de quien lo reciba. En cambio sería muy difícil hacerlo con aquellos/as profesionales que le tienen aversión al tema y/o son homofóbicos/as.

4. La visión de Seremis y directivos de Servicios de Salud

A medida que se asciende en la jerarquía de los/as funcionarios/as disminuye el grado de conocimiento de sistema de formación de consejeros para la prevención primaria del VIH/SIDA de CONASIDA.

Entre las personas que ocupan cargos de responsabilidad en las Seremi de Salud, (Seremis y Encargados/as del programa de prevención de VIH/SIDA) en general se ha escuchado hablar del sistema de formación de consejeros/as, pero en una proporción importante lo desconocen, aunque les gustaría saber más acerca de él. Los que más conocimiento tienen son quienes en algún momento de su carrera funcionaria les tocó tener contacto con CONASIDA y las actividades de consejería, pero son los/as menos.

Algunas de estas autoridades consideran que es necesario que ellos/as conozcan el sistema de formación de consejeros, porque ello no estaría relacionado directamente con lo que son sus funciones desde la Seremi. Ello no significa que no valoren lo que se supone se hace en este tipo de talleres.

Entre los directivos de los servicios de salud las respuestas no son muy diferentes a las obtenidas entre los que están en las Seremis. Pero una mayor proporción de directivos tiene un conocimiento más amplio, ya sea porque conoce directamente el sistema de formación y ha participado en algún taller y/o porque deben dar las autorizaciones cuando se hace este tipo de actividad en su servicio.

Los directivos que conocen el sistema de formación de CONASIDA tienen una buena opinión de éste, porque consideran que la gente queda bien preparada.

Estas autoridades hacen propuestas del siguiente orden:

- tener ellos/as conocimiento del sistema de formación, porque les parece importante en las actividades que desarrollan
- que debería haber talleres a nivel regional, más amplios que los hechos por los servicios y más reducidos que los nacionales
- que sean actividades continuas en el tiempo, puesto que hasta ahora las actividades de formación son discontinuas
- debería distinguirse el tipo de formación que se entregue según sea el/la destinatario/a, más intensos para los que están involucrados en la consejería más complejas, especialmente post de Elisa, de los que sólo ven la consejería pre test.
- es necesario replicar y tener una cobertura mayor. En general, cuando los servicios han hecho réplicas éstas han sido más cortas que las actividades que estuvieron a cargo de CONASIDA y su cobertura ha sido menor.

Las autoridades de distintos niveles entrevistadas (Seremis de Salud, encargado de programa de la Seremi, Directores de Servicios de Salud, encargados de AP y PP y encargados de programas de los servicios) estiman que sería deseable que existiera una capacitación básica en prevención

primaria del VIH/SIDA. Para algunos/as esta formación/capacitación debería depender en su extensión de los distintos niveles que existen en los servicios de salud

La falta de criterios comunes y de protocolos para actividades de este tipo son reiteradamente expresadas por las distintas instancias de dirección en que se hizo la consulta. Faltan criterios nacionales, no existen protocolos, no hay procedimientos definidos, no se han establecido sistemas de seguimiento y evaluación.

Los Encargados de los Programas de VIH/SIDA de los Servicios en general conocen el sistema de formación de consejeros en prevención primaria de CONASIDA

Varios/as de ellos/as han participado directamente en estas actividades y algunos/as fueron quienes las iniciaron a comienzo de los 90. También están quienes conocen el sistema, pero no participaron de sus talleres o dejaron de hacerlo porque se discontinuaron las actividades.

La evaluación que hacen del sistema de formación lo/as encargados/as es buena y reconocen lo importante que ha sido en la formación de consejeros/as.

Entre las dificultades que mencionan Encargados/as destacan las siguientes:

- se dedica poco tiempo a lo que sucede en la consejería real, o sea a las respuestas que son pedidas por el/a usuario/a. Por ejemplo, si una persona viene con la idea de suicidarse.
- no se han uniformado los contenidos de las consejerías ni el tiempo mínimo establecido en los talleres con los destinados por los servicios a esta actividad.
- en muchos casos es muy teórico, no sensibiliza. Se señala que en el último tiempo se les sacó la parte práctica que es central en la formación para hacer consejería
- no siempre las personas que conducen los talleres han hecho ellos/as consejería, y las propuestas quedan en un plano teórico o en juegos que no corresponden a lo que se da en una consejería real
- se señala la gran rotación de consejeros, lo que obliga a repetir este tipo de actividad, y no siempre se hace
- problemas en replicar la formación, hay dificultades para hacerlo. Se hace en algunos casos con los textos de CONASIDA y con profesores locales.

Entre los/as informantes claves hay quienes tienen un conocimiento detallado acerca del sistema de formación, ellos/as lo formularon y llevaron a la práctica desde sus inicios. A través de ellos/as se reafirman argumentos que están presentes en la documentación que se ha producido y editado por CONASIDA, como la necesidad de una consejería basada en la confidencialidad y en el reconocimiento de la diversidad, el trabajo compartido con las organizaciones de la sociedad civil que se involucraron en la prevención del VIH/SIDA, las experiencias recogidas de otros países como Francia o Colombia, la necesidad de combinar el conocimiento teórico con los aspectos vivenciales de los usuarios/as. La metodología participativa usada y la secuencia de talleres que estaba en su diseño original es reafirmada en su importancia para el momento en que se formula este sistema de formación.

Otros/as informantes claves, no conocen el sistema en profundidad, algunos/as se formaron en él, otros no se formaron en ese sistema.

La evaluación que hicieron del sistema de formación de CONASIDA es buena, la encontraron de calidad para los requerimientos que había y hay. Se mencionó sí algunas falencias que tendría el sistema como:

- Al taller básico le faltan horas de formación, no se da mucho tiempo para la formación, la gente se “engancha” pero queda con gusto a poco
- Falta acompañamiento y seguimiento de las personas que hacen el taller
- Los responsables de los talleres y los consejeros tienen muchas cosas que hacer y no les permite dedicarse a pleno a esta actividad, cuando es necesario hacerlo
- No es fácil tener espacios en los consultorios y servicios porque la actividad de consejería no está en muchos casos programa.
- Muchos de los profesionales que participan de esta formación y luego hacen consejería son mujeres, especialmente matronas y los usuarios en una proporción muy alta son varones, y eso genera algún tipo de tensión.
- Los talleres deberían ser con menos gente para poder profundizar y trabajar más las habilidades de cada uno/a
- Hay problemas con la selección de las personas que participan en los talleres, porque muchas veces son designados y no lo hacen voluntariamente, les falta motivación personal.
- El equipo de CONASIDA no tiene capacidad de hacer supervisión de los consejeros/as que se han formado

En las instancias más altas, en general se desconoce la existencia de criterios para que un/a funcionario/a participe de la formación como consejero/a en prevención primaria de VIH/SIDA. No han participado de la selección, y en algunos casos se lo dejan a las instancias inferiores.

Señalan sí algunos criterios que suponen deberían estar presentes como las capacidades demostradas a nivel personal, innatas y adquiridas para desempeñarse como consejero/a. a las personas se les debería invitar, entre aquellas que tengan motivación especial para este tipo de actividad.

Entre los directivos hay algunos/as que han estado directamente involucrados en la selección de los/as profesionales que participan los talleres y señalan que se trata de que los distintos consultorios tengan personas que conozcan del tema y puedan ejercer como consejeros/as. La selección de quienes son los/as que participan no necesariamente es voluntario, aunque se busca a aquellos que tengan más afinidad con el tema.

Los/as encargados/as de los servicios tiene criterios más definidos distinguiéndose entre aquellos/as que prefieren que la decisión se de las personas y en forma voluntaria. Pero que en atención primaria es necesario que haya profesionales que estén formados en consejería y cuando no hay voluntarios se designa a algún funcionario para el taller de formación.

Las necesidades del servicio es uno de los criterios para la selección de personas que deben participar en los talleres. Y no siempre las personas están dispuestas a participar de este tipo de actividades, especialmente los médicos.

En general para los/as Encargadas hace falta el que haya criterio nacionales que unifiquen los criterios para la selección de las personas que participen de las actividades de formación como consejeros/as de prevención primaria en VIH/SIDA.

5. Actividades de réplica en Regiones y Servicios de Salud

El Programa Nacional de Formación de Consejeros/as desarrollado por CONASIDA considera como una de sus etapas fundamentales un taller metodológico para que la formación sea replicada por consejeras y consejeros. En ella se los/as capacita en el diseño, planificación, ejecución y evaluación del proceso de formación de consejeros a nivel local.

La encuesta realizada en este estudio revela que, efectivamente, se han desarrollado actividades de réplica en las distintas regiones y servicios de salud, lo que es confirmado en las entrevistas individuales por consejeros/as y autoridades.

Cuadro 2.19. Consejeros/as formados para replicar localmente a otros/as consejeros/as, y quienes realizan actividades de formación (valores absolutos y porcentajes)

			Realiza actividades de formación a otros/as consejeros/as (p271)		Total
			Si	No	
Consejeros/as formados para replicar localmente las actividades de formación (p6e)	Si	Total	54	73	127
		% Fila	42,5	57,5	100,0
		% Col	84,4	57,5	66,5
	No	Total	10	54	64
		% Fila	15,6	84,4	100,0
		% Col	15,6	42,5	33,5
Total	Total	64	127	191	
	% Fila	33,5	66,5	100,0	
	% Col	100,0	100,0	100,0	

Del total de consejeros/as que participaron en talleres de formación en consejería de prevención primaria del VIH/SIDA, 127 señalaron que habían sido formados para replicar el taller en su servicio (66,5%). De ellos/as, 54 señala que sí ha realizado talleres de réplica (42,5%). Sin embargo, hay 10 consejeros/as que, no habiendo recibido formación para ello, sí ha realizado talleres de formación en su servicio.

Cuadro 2.20. Características de los/as consejeros/as que fueron formados para replicar localmente los talleres y que al momento de la encuesta realizaban actividades de formación (valores absolutos y porcentajes)

Total		% Col	Total
		100,0	54
¿Dónde realiza Ud. las consejerías?	Hospital	42,6	23
	Consultorio de atención primaria	40,7	22
	Otro	16,7	9
Regiones con altos casos de VIH	Sí	55,6	30
	No	44,4	24
Años como consejero	< 2	5,6	3
	2 a 5	25,9	14
	5 y +	68,5	37
Profesión	Matron/a	63,0	34
	Otras	37,0	20
Tipo de capacitación	Sólo local	26,7	12
	Sólo nacional	33,3	15
	Ambas	40,0	18
Año asistencia cursos capacitación	1998 o antes	31,1	14
	1999 o después	26,7	12
	En ambos	42,2	19
Nº cursos capacitación asistidos	Una	61,3	19
	Dos	29,0	9
	Tres o +	9,7	3
Institución responsable capacitación principal	CONASIDA	70,4	38
	Servicio Salud	24,1	13
	Otra	5,6	3
Duración capacitación principal	32 hrs. o menos	47,2	25
	33 hrs. o más	52,8	28
Grado de satisfacción con lo aprendido en los talleres de formación	Muy satisfecho	50,0	27
	Satisfecho	44,4	24
	Insatisfecho	3,7	2
	Muy insatisfecho	1,9	1
Grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a	Muy satisfecho	38,9	21
	Satisfecho	53,7	29
	Insatisfecho	7,4	4
Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo en las que debe desempeñarse como consejero	Muy satisfecho	11,1	6
	Satisfecho	57,4	31
	Insatisfecho	29,6	16
	Muy insatisfecho	1,9	1

En los/as consejeros/as que han replicado los talleres de formación en prevención primaria del VIH/SIDA destacan las siguientes características: 68,5% tiene 5 y + años de experiencia en consejería, 63% son matrones/as, el 61,3% ha asistido a sólo un taller de capacitación. El 55,6% de los talleres de réplica se ha desarrollado en las regiones con mayores niveles de VIH/SIDA.

En el 70% de los casos la capacitación la había realizado CONASIDA y en el 52,8% el taller había durado más de 33 horas, el 50% se siente muy satisfecho con lo aprendido en los talleres, el 53,7% se siente satisfecho con la experiencia de consejería. Un número similar se siente satisfecho con las condiciones de trabajo.

Varios/as de los/as consejeros/as entrevistados individualmente deben su formación en la consejería, o parte de ella, a actividades de réplica de los talleres. La gran mayoría ha organizado y realizado actividades de réplica de la formación. En algunos casos fueron varios los talleres efectuados a los que -según ellos/as- fue bastante gente. Se han hecho en consultorios, a matronas, enfermeras, tecnólogos médicos, paramédicos. Algunos no habían hecho réplica de los talleres, pero estaba en sus planes hacerlos durante este año.

Entre las autoridades regionales, tanto los/as Secretarios Regionales de Salud como los/as Encargados/as de Programa de Prevención de VIH/SIDA, señalan que en sus reparticiones se han realizado actividades de formación de consejeros en prevención, pero no tienen registros detallados de quienes han participado o de si esas personas continúan ejerciendo como consejeros/as. Asimismo señalan que esa información no les es solicitada por otra instancia ni por CONASIDA.

En los servicios de salud, Directores de Servicios y Encargados de los Programas AP y PP y Prevención en VIH, reconocen que los materiales elaborados en CONASIDA son importantes para las actividades de formación y las réplicas de los talleres básicos, aunque -según algunos/as- para ello no han tenido asesoría del CONASIDA.

También señalan la ausencia de criterio que unifiquen las actividades de formación, así como de protocolos y sistemas de seguimiento y evaluación a nivel nacional.

IV. LA PRÁCTICA DE LA CONSEJERÍA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La estrategia de prevención del VIH/SIDA de CONASIDA distingue dos ejes centrales de acción: *Gestión de Riesgo y Vulnerabilidad*. Mientras el primero se refiere a una probabilidad determinada por la conducta individual de las personas, el segundo, apunta a la desigualdad e inequidad social. El rol autoasignado de CONASIDA en este ámbito, es el de facilitar los procesos de aprendizaje de la gestión de riesgo en las personas, distinguiendo distintos niveles de trabajo y acciones orientados a facilitar los procesos de cambio de actitud frente a la prevención del VIH/SIDA. Uno de estos niveles es *individual*, y se refiere al apoyo personalizado de la gestión de riesgo, la entrega de información y orientación, a través de *consejería* directa (cara a cara).

Los objetivos que se ha planteado CONASIDA en la consejería para la prevención de VIH/SIDA van desde el apoyo educativo, el apoyo en la gestión de riesgo, al apoyo psicosocial y a la vinculación con redes sociales. Ello mediante acciones específicas de información, apoyo emocional y atención clínica. En los Servicios de Salud la consejería es un apoyo a la realización del Test de detección del VIH, hoy día exigido por la Ley N°19.779.

La definición y la práctica de la consejería permiten establecer los siguientes procedimientos como sus acciones básicas:

- Reafirmar el carácter confidencial de las informaciones compartidas
- Identificar con claridad la demanda del consultante
- Facilitar la expresión de sentimientos del consultante
- Identificar las creencias y valores del consultante sobre ETS y VIH/SIDA
- Utilizar un lenguaje compatible con la cultura del usuario
- Intercambiar información sobre ETS y VIH/SIDA, sus formas de transmisión, prevención y tratamiento, con énfasis en las situaciones de riesgo del consultante
- Facilitar al consultante la evaluación y percepción de riesgo de infecciones por el VIH y otras ETS
- Identificar barreras para el cambio de las situaciones de riesgo
- Contribuir a la elaboración de un plan viable de reducción de riesgos
- Acompañar la toma de decisiones respecto a la o las estrategias de prevención a implementar
- Estimular la autoestima del consultante
- Analizar los estigmas, mitos y prejuicios relacionados con el VIH/SIDA, en un contexto de respeto a los estilos de vida, valores y creencias de los consultantes
- Prestar apoyo emocional al consultante
- Orientar y derivar al consultante a otros servicios de asistencia y apoyo existentes en la comunidad

La consejería debe adecuarse a las características y necesidades del consultante, lo que hace difícil establecer un tiempo único para su duración. En los Servicios de Salud se debe considerar, además, el tiempo que los profesionales pueden dedicar a la atención a cada persona. En general, se puede decir que una consejería pre test de examen de detección de VIH tiende a

tomar un promedio de 15 minutos, mientras que un post test puede variar entre 15 y 45 minutos, dependiendo del resultado entregado y de sus efectos en los consultantes.

En los Servicios de Salud, las consejerías -tanto en su versión como post test- han resultado ser la principal estrategia psicosocial de prevención y apoyo a la toma de decisiones referidas a la realización del examen, la evaluación de riesgo personal, además de constituirse en instancia de acompañamiento de los resultados positivos y negativos.

El Centro Romero ha desarrollado un modelo de consejería centrado más en la persona que en las conductas, que reconoce que las personas tienen recursos propios que el/a consejero/a puede catalizar a través de una escucha activa, más que por medio de prescripción de conductas. Su modelo de consejería, consta de los siguientes elementos en su versión pre-test:

- Presentación y descripción del propósito de la sesión y rol del profesional, definición de setting y encuadre de la consejería: gratuita, confidencial, c/consentimiento informado y entrega de resultados con consejería (post-test).
- Descripción del examen a realizar y evolución de la seropositividad.
- Significados del resultado del examen para el usuario.
- Redes de apoyo.
- Demostración de uso correcto del condón.
- Evaluación de ventajas y desventajas de hacer el examen.
- Toma de muestra y citación.
- Entrega de material educativo.

La práctica de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA que CONASIDA ha definido el test de Elisa supone momentos distintos y objetivos y actividades para cada uno de estos, así como objetivos para el conjunto de la consejería. Es posible distinguir los siguientes momentos en relación al test de Elisa:

- El pre test, corresponde a la consejería que se lleva a cabo cuando el/a usuario/a consulta sobre la posibilidad y necesidad de hacerse el test
- El post test distingue dos opciones y la consejería se hace una vez que los resultados son conocidos y se le entregan al/a usuario/a para su conocimiento
 - Test con resultado negativo
 - Positivo con resultado positivo

En este capítulo se hace un diagnóstico y se evalúa la implementación del modelo de consejería a través de la opinión entregada por consejeros/as mediante la encuesta nacional en línea, respondida por 219 profesionales, y las entrevistas individuales con 12 consejeros/as.

Este capítulo incluye los siguientes puntos

1. Consejería de pre test de Elisa
2. Consejería de post test con resultado negativo
3. Consejería de post test con resultado positivo
4. Síntesis de las consejerías y evaluación final

1. Consejería de pre test de Elisa

a) ¿Cuántos/as consejeros/as realizaron consejerías pre test en los tres meses anteriores a la encuesta?

La gran mayoría de los/as consejeros/as que respondió (9 de 10) realizó consejerías pre test en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta (agosto/septiembre 2003 y diciembre 2003/enero 2004). Hicieron consejería de pre test de Elisa 191 consejeros/as.

Cuadro 4.1. Consejeros/as que realizaron consejerías pre teste durante los tres meses anteriores a la encuesta. Total y según lugar don de realiza las consejerías, años como consejero y asistencia a talleres de formación (porcentajes)

	Total	Años como consejero			¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Asistencia a talleres de formación	
		< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Sí	87,2	82,9	84,8	90,9	83,1	91,1	78,9	90,6	85,7
No	12,8	17,1	15,2	9,1	16,9	8,9	21,1	9,4	14,3
Total	219	41	79	99	77	123	19	197	22
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Para tratar de tener una identificación más precisa de quiénes fueron los/as que hicieron consejería de pre test se examinó los años como consejero, el lugar en que realizan las consejerías, asistencia a talleres de formación, grado de satisfacción con la experiencia de consejero/as y grado de satisfacción con las condiciones de trabajo.

Los valores encontrados indican que la realización de consejería de pre test, en alguna medida están relacionados a las variables mencionadas. Es así que se puede afirmar que:

- a medida que aumenta la cantidad de años como consejero/a aumenta la cantidad de consejerías que ha hecho
- los consejeros que trabajan en consultorios hacen proporcionalmente más consejerías que los/as consejeros/as de hospitales

Cuadro 4.2. Consejeros/as que realizaron consejerías pre teste durante los tres meses anteriores a la encuesta según grado de satisfacción con la experiencia de trabajar como consejero y grado de satisfacción con las condiciones de trabajo en que se realizan las consejerías (porcentajes)

	Grado de satisfacción con la experiencia de consejería				Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo de las consejerías			
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sí	95,1	86,4	76,7	66,7	93,3	90,3	82,6	80,0
No	4,9	13,6	23,3	33,3	6,7	9,7	17,4	20,0
Total	61	125	30	3	15	113	86	5
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

El grado de satisfacción de los/as consejeros/as está fuertemente asociado a la realización de consejerías de pre test. Los/as profesionales que se sienten más satisfechos con la propia experiencia y/o con las condiciones de trabajo de la consejería hacen en una mayor proporción consejerías de pre test. Se observa la tendencia que a medida que aumenta el grado de satisfacción, se incrementa la proporción de consejeros/as que realizaron consejerías pre test en el período indicado.

b) Número promedio de consejerías pret et realizadas en el período

En su conjunto los/as consejeros/as realizaron un promedio de 23 consejerías en el trimestre. Es decir, cada consejero realizó en 8 consejerías de pre test al mes en promedio, y 2 consejerías pre test a la semana²¹. Pero este valor puede llevar a engaño porque aproximadamente el 50% realizó como máximo 10 consejerías en el trimestre, o sea a lo más hicieron 3 consejerías por mes, menos de una la semana. Sólo el 25% realizó más de 25 consejerías en el período. Estos datos nos indican que existe un subconjunto de consejeros/as que tiene una carga llamativamente mayor al resto (Anexo 2).

Cuadro 4.3. Número promedio de consejerías pre test realizadas en el período.
Total y según lugar donde se realizan las consejerías, años de experiencia, regiones con altos casos de VIH/SIDA, profesión, tipo de formación asistida, institución responsable de la formación principal, y grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a

		Media	Mediana	Desviación Standard	Total
Total		23	10	44	154
¿Dónde realiza Ud. las consejerías?	Hospital	32	11	54	55
	Consultorio	13	8	14	91
	Otro	84	35	107	8
Años de experiencia	< 2	25	15	45	31
	2 a 5	16	9	23	48
	5 y +	27	10	53	75
Regiones con altos casos de VIH	Sí	18	9	39	96
	No	31	16	51	58
Profesión	Matrón/a	20	10	32	102
	Otras	29	10	61	52
Tipo de formación	Sólo local	13	8	17	76
	Sólo nacional	47	18	78	25
	Ambas	23	12	39	36
Institución responsable formación principal	CONASIDA	31	12	58	61
	Servicio Salud	11	8	10	64
	Otra	28	18	35	12
Grado de satisfacción con la experiencia como consejero cara a cara	Muy satisfecho	37	15	57	47
	Satisfecho	19	10	39	88
	Insatisfecho	8	5	7	17
	Muy insatisfecho	27	27	33	2
Grado de carga laboral	Baja	18	6	46	27
	Media	11	9	9	72
	Alta	41	20	62	55

²¹ De los 191 consejeros/as que en el período realizaron consejerías pre test, sólo 154 señalaron en el cuestionario la cantidad de consejerías que habían realizado, de los restantes 37 no se tiene información sobre cuántas consejerías pre test realizaron.

Para conocer las características del grupo de consejeros/as que realiza más o menos consejerías se cruzó la cantidad de consejerías realizadas con las que se leen en el cuadro 4.3.

Como se aprecia allí, quienes realizaron una mayor cantidad de consejerías pre test en promedio en el período fueron:

- quienes trabajan en hospitales y otros consultorios,
- quienes tienen cinco y más años de experiencia,
- quienes trabajan en regiones que no tienen alta incidencia de casos de VIH/SIDA (II, III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII),
- quienes tienen una profesión distinta a la de matron/a,
- quienes asistieron a talleres sólo de carácter nacional,
- los/as que realizaron el taller de formación principal a cargo de la CONASIDA,
- que están muy satisfechos y muy insatisfechos con la experiencia de consejeros cara a cara, y
- que tienen un alto grado de carga laboral²².

c) Duración promedio de las consejerías pre test

En general, las consejerías pre test duran en promedio 26 minutos, existiendo variabilidad en el tiempo de duración²³ (Anexo 2). De este modo, un cuarto de los/as consejeros/as señaló que en general, las consejerías pre test duraban en promedio 17 minutos. La mitad señaló que duraban hasta 28 minutos. Un tercio, que duraban 30 minutos exactos y sólo 17% que duraban más de 30 minutos (Anexo 2).

²² Para determinar si las medias eran diferentes entre los grupos se utilizó una doble estrategia. Primero se realizó un análisis de varianza de un factor (al .95%). Si existía diferencia en la variable, se procedió a realizar una prueba de T Student para determinar en qué categorías existía la variabilidad.

²³ El rango de variación del tiempo de duración de las consejerías pre test varía entre 2 minutos y 60 minutos, existiendo una desviación estándar respecto de la media de 13 minutos.

Cuadro 4.4. Tiempo promedio de duración de las consejerías pre test (en minutos). Total y según, forma de selección para ser consejero/a, asistencia a talleres de formación, tipo de formación asistida, año de asistencia, número de talleres asistidos, y grado de satisfacción con la experiencia en consejería (porcentajes)

		Media	Mediana	Desviación Standard	Total
Total		26	30	13	183
Años experiencia	< 2	23	20	13	34
	2 a 5	29	30	14	67
	5 y +	26	30	11	90
Forma de selección para ser consejero	Iniciativa propia	28	30	12	93
	Decisión institucional	24	20	13	74
	Otra	27	30	15	24
Regiones con altos casos de VIH	Sí	29	30,0	12	118
	No	23	20,0	13	73
Asistencia a talleres de formación	Si	27	30	12	173
	No	20	15	17	18
Tipo de formación	Sólo local	28	30	12	77
	Sólo nacional	23	20	11	30
	Ambas	30	30	12	36
Año asistencia talleres formación	1998 o antes	25	26	10	43
	1999 o después	27	30	13	67
	En ambos	31	30	11	32
Nº talleres formación asistidos	Una	25	25	12	87
	Dos	29	30	12	28
	Tres o +	32	30	12	11
Grado de satisfacción con su experiencia como consejero cara a cara	Muy satisfecho	30	30	13	58
	Satisfecho	25	25	12	108
	Insatisfecho	23	20	14	23
	Muy insatisfecho	20	20	0	2

- Los/as consejeros/as que señalan que sus consejería de pre test tienen una mayor duración son:
- los/as que tienen entre dos y cinco años de experiencia,
- se inscribieron como consejeros/as por iniciativa propia,
- se desempeñan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (I, V, VIII y RM),
- han asistido a talleres de formación tanto locales como nacionales, en ambos períodos, y
- tienen mayor grado de satisfacción con la experiencia como consejeros/as.

d) Percepción del tiempo disponible para realizar consejerías pre test

Algo más de la mitad de los/as consejeros/as percibe que el tiempo que le puede dedicar a las consejerías pre test es suficiente, los/as otros/as (44,2%) estiman lo contrario (Cuadro 4.5). El tiempo promedio de que disponen tanto unos/as como otros/as no difiere en gran medida, los que están de acuerdo utilizan 28 minutos, los que están en desacuerdo 24 minutos.

**Cuadro 4.5. Percepción del tiempo disponible para realizar consejerías pre test
Total y según años de experiencia, regiones con altos casos de VIH/SIDA y asistencia a talleres de formación.
(Sólo quienes realizan consejerías pre test) (porcentajes)**

	Total	Años como consejero			Regiones con alta incidencia de casos de VIH		Asistencia a talleres de formación	
		< 2	2 a 5	5 y +	Sí	No	Si	No
Suficiente	55,8	57,6	47,8	61,1	59,8	49,3	55,2	61,1
Insuficiente	44,2	42,4	52,2	38,9	40,2	50,7	44,8	38,9
Total	191	33	67	90	117	73	172	18
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

- Los/as consejeros/as que estiman que es inadecuado el tiempo utilizado para la consejería pre test es el adecuado son en una mayor proporción:
- Los que tienen entre 2 y 5 años como consejeros/as
- Trabajan en regiones con tasa reincidencia de casos de VIH más bajas (II, III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII)
- No asistieron a talleres de formación o asistieron a réplicas de talleres de formación de tipo local (Anexo 2).

**Cuadro 4.6. Percepción del tiempo disponible para realizar consejerías pre test
Según grado de satisfacción con al experiencia de las consejerías cara a cara (porcentajes)**

	Grado de satisfacción con su experiencia como consejero cara a cara			
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Suficiente	69,0	52,8	40,9	
Insuficiente	31,0	47,2	59,1	100,0
Total	58	108	22	2
% Col	100	100	100	100

La calificación de que el tiempo disponible para hacer la consejería de pre test esta está fuertemente asociada al grado de satisfacción con la experiencia de ser consejeros/as (cuadro 4.6).

e) Las actividades realizadas durante las consejerías pre test

Para evaluar la acción que realizan los/as consejeros/as durante las consejerías pre test se elaboró un lista con doce actividades principales que debieran realizar en las consejerías pre test. En la confección de la lista de actividades se analizó la documentación entregada por CONASIDA (CONASIDA 1997, 2003, 2002, s/f, Lara y Parra 1998, Parrini s/f, ONUSIDA 2001, Centro Romero 2000, Fergadiott y Mena s/f y diversos documentos que están en la página web del CONASIDA). Asimismo se hizo una consulta en línea a consejero/as y enlaces de la Red de Consejería, previo la confección del cuestionario final, acerca de los contenidos a preguntar.

Esta lista incluye tres aspectos tipos principales y las acciones correspondientes:

- a) La confidencialidad y el consentimiento informado

- Asegurar explícitamente a el o la consultante la confidencialidad de lo que se converse en la consejería y del resultado del examen
 - Solicitar a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería
- b) La entrega de información para el conocimiento y la prevención de los/as consultantes
- Entregar información sobre VIH/Sida (formas de transmisión, prevención, etc)
 - Explicar el significado del “período ventana” y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida
 - Abordar con el o la consultante sobre la adopción de un “plan de reducción de riesgo” según la situación particular de cada consultante
 - Explicar que si el examen sale positivo debe realizarse una confirmación del examen que demora un tiempo más
- c) Las estrategias de abordaje utilizadas para establecer el grado de conocimiento del VIH/SIDA y prácticas sexuales de usuarios/as
- Indagar acerca de cuál es grado de conocimiento que maneja el o la consultante sobre VIH/Sida antes de entregar cualquier tipo de información
 - Abordar las repercusiones del resultado del examen en la vida sexual, laboral y familiar de el o la consultante
 - Preguntar a el o la consultante acerca de los motivos por los cuales se quieren realizar el examen VIH/Sida
 - Indagar acerca de la historia y prácticas sexuales de el o la consultante
 - Realizar una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo
 - Dejar tiempo para que el o la consultante se exprese, escuchándolo sin interrumpirlo

Al observar el cuadro 4.7 se aprecia que *siempre* son realizadas por la mayoría de los/las consejeros/as (7 de cada 10) diez de las doce acciones que aparecen en la lista. Esta proporción aumenta considerablemente si al primer grupo se le suma los que realizan esas actividades *generalmente*.

Sólo dos acciones son realizadas *siempre* por menos de la mitad de los/as consejeros/as. La primera de estas actividades es “Abordar con el o la consultante sobre la adopción de un plan de reducción de riesgo según la situación particular de cada consultante” (5 de 10). La segunda es “Realizar una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo” (2 de 10).

La baja frecuencia de “Realizar una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo” llama la atención. La mitad de los/as consejeros/as dice realizarla *a veces o nunca*.

“Solicitar a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería” está entre las mencionadas como que *nunca* es realizada por una proporción que es preocupante de consejeros/as (12,9%). Esta acción es parte muy importante de lo que se debería hacer en las entrevistas de pre test.

Para tener más información acerca de los/as consejeros/as y la frecuencia con que realizan las acciones mencionadas se cruzó esta variable con las siguientes:

- Años como consejero/a
- Región en la que trabaja
- Duración de la consejería
- Asistencia a talleres de formación
- Duración de las actividad principal de formación

A medida que aumentan los años como consejero/a aumenta la proporción de los que afirman que hacen siempre ciertas acciones (cuadro 4.7), nueve de las doce actividades entre las que destacan: *“Abordar las repercusiones del resultado del examen en la vida sexual, laboral y familiar de el o la consultante”*, *“Indagar acerca de cuál es grado de conocimiento que maneja el o la consultante sobre VIH/SIDA antes de entregar cualquier tipo de información”*, *“Dejar tiempo para que el o la consultante se exprese, escuchándolo sin interrumpirlo”*, y *“Explicar el significado del “período ventana” y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida”*.

Los/as consejeros/as que trabajan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (I, V, VIII, RM) realizan siempre acciones en una proporción mayor a los/as otros/as. Eso se señala en 9 de las 12 acciones. Las diferencias que más destacan son en: *“Indagar acerca de la historia y prácticas sexuales de el o la consultante”*, *“Abordar con el o la consultante sobre la adopción de un “plan de reducción de riesgo” según la situación particular de cada consultante”*, *“Explicar el significado del “período ventana” y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida”* y *“Dejar tiempo para que el o la consultante se exprese, escuchándolo sin interrumpirlo”*.

Cuadro 4.7. Frecuencia con que los/as consejeros realizan distintas actividades durante las consejerías pre test. Total, y según años como consejero/a y regiones con altos casos de VIH/SIDA (porcentajes)

		Total	Años como consejero			Regiones altos casos de VIH	
			< 2	2 a 5	5 y +	Sí	No
Asegura explícitamente a el o la consultante la confidencialidad de lo que se converse en la consejería y del resultado del examen	Siempre	94,1	87,9	93,9	96,6	95,7	91,7
	Generalmente	5,3	12,1	4,5	3,4	4,3	6,9
	A Veces	0,5		1,5			1,4
Solicita a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería	Siempre	82,3	81,3	83,1	82,0	77,4	90,1
	Generalmente	2,7	6,3	1,5	2,2	2,6	2,8
	A Veces	2,2	6,3	1,5	1,1	2,6	1,4
	Nunca	12,9	6,3	13,8	14,6	17,4	5,6
Aborda las repercusiones del resultado del examen en la vida sexual, laboral y familiar de el o la consultante	Siempre	69,3	54,5	74,2	71,1	71,8	65,3
	Generalmente	25,4	36,4	21,2	24,4	22,2	30,6
	A Veces	4,8	9,1	3,0	4,4	5,1	4,2
	Nunca	0,5		1,5		0,9	
Indaga acerca de cuál es grado de conocimiento que maneja el o la consultante sobre VIH/Sida antes de entregar cualquier tipo de información	Siempre	77,7	68,8	80,3	78,9	80,2	73,6
	Generalmente	17,0	28,1	15,2	14,4	16,4	18,1
	A Veces	3,7		3,0	5,6	2,6	5,6
	Nunca	1,6	3,1	1,5	1,1	0,9	2,8
Pregunta a el o la consultante acerca de los motivos por los cuales se quieren realizar el examen VIH/Sida	Siempre	88,3	81,8	90,9	88,8	90,5	84,7
	Generalmente	6,4	9,1	4,5	6,7	5,2	8,3
	A Veces	3,7	3,0	3,0	4,5	3,4	4,2
	Nunca	1,6	6,1	1,5		0,9	2,8
Indaga acerca de la historia y prácticas sexuales de el o la consultante	Siempre	68,6	66,7	75,8	64,0	76,7	55,6
	Generalmente	22,9	21,2	21,2	24,7	14,7	36,1
	A Veces	8,0	12,1	3,0	10,1	7,8	8,3
	Nunca	0,5			1,1	0,9	
Realiza una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo	Siempre	17,8	15,6	18,8	18,0	20,4	13,9
	Generalmente	35,1	31,3	39,1	33,7	31,0	41,7
	A Veces	35,1	37,5	25,0	41,6	38,9	29,2
	Nunca	11,9	15,6	17,2	6,7	9,7	15,3
Deja tiempo para que el o la consultante se exprese, escuchándolo sin interrumpirlo	Siempre	71,8	60,6	71,2	76,4	76,7	63,9
	Generalmente	23,9	30,3	24,2	21,3	20,7	29,2
	A Veces	3,7	6,1	4,5	2,2	1,7	6,9
	Nunca	0,5	3,0			0,9	
Entrega información sobre VIH/Sida (formas de transmisión, prevención, etc)	Siempre	84,0	81,8	83,1	85,4	84,3	83,3
	Generalmente	13,4	12,1	13,8	13,5	13,0	13,9
	A Veces	2,1	3,0	3,1	1,1	2,6	1,4
	Nunca	0,5	3,0				1,4
Explica el significado del “período ventana” y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida	Siempre	82,9	59,4	83,3	91,0	87,8	75,0
	Generalmente	10,2	25,0	9,1	5,6	7,0	15,3
	A Veces	5,9	12,5	6,1	3,4	4,3	8,3
	Nunca	1,1	3,1	1,5		0,9	1,4
	Siempre	52,9	51,5	54,5	52,2	58,1	44,4
	Generalmente	33,3	30,3	30,3	36,7	31,6	36,1
	A Veces	10,1	12,1	9,1	10,0	8,5	12,5
	Nunca	3,7	6,1	6,1	1,1	1,7	6,9
Explica que si el examen sale positivo debe realizarse una confirmación del examen que demora un tiempo más	Siempre	87,1	78,8	90,8	87,5	86,7	87,7
	Generalmente	5,9	12,1	3,1	5,7	3,5	9,6
	A Veces	5,4	6,1	4,6	5,7	7,1	2,7
	Nunca	1,6	3,0	1,5	1,1	2,7	

Los/as consejeros/as que utilizaron más tiempo en la consejería de pre test (30 o más minutos) señalaron en una proporción mayor que realizaban siempre las acciones indicadas. Así sucede en 11 de las 12 acciones (cuadro 4.8), donde la diferencia en la proporción es más notoria: *“Abordar las repercusiones del resultado del examen en la vida sexual, laboral y familiar de el o la consultante”, “Indagar acerca de cuál es grado de conocimiento que maneja el o la consultante sobre VIH/Sida antes de entregar cualquier tipo de información”, “Indagar acerca de la historia y prácticas sexuales de el o la consultante”, “Explicar el significado del “período ventana” y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida”, “Abordar con el o la consultante sobre la adopción de un plan de reducción de riesgo según la situación particular de cada consultante” y “Dejar tiempo para que el o la consultante se exprese, escuchándolo sin interrumpirlo.*

A la vez, quienes han realizado consejerías pre test de menor duración (menos de 30 minutos) señalan en una proporción mayor que realizan a veces o nunca las acciones indicadas.

Los/as que participaron en talleres de formación manifestaron en una proporción mayor que realizan *siempre* esas actividades (cuadro 4.8).

Cuadro 4.8. Frecuencia con que los/as consejeros realizan distintas actividades durante las consejerías pre test, según duración consejerías pre test, asistencia a talleres de formación y duración del taller de formación principal (porcentajes)

		Duración consejerías pre test		Asistencia a talleres		Duración formación ppal.	
		29 min o-	30 m +	Si	No	32 h. o -	33 h. o +
Asegura explícitamente a el o la consultante la confidencialidad de lo que se converse en la consejería y del resultado del examen	Siempre	89,8	97,8	94,7	88,9	93,1	97,0
	Generalmente	10,2	1,1	4,7	11,1	5,9	3,0
	A Veces		1,1	0,6		1,0	
Solicita a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería	Siempre	86,2	79,1	81,7	88,2	85,1	75,8
	Generalmente	3,4	2,2	3,0		1,0	6,1
	A Veces	2,3	2,2	1,2	11,8	2,0	
	Nunca	8,0	16,5	14,2		11,9	18,2
Aborda las repercusiones del resultado del examen en la vida sexual, laboral y familiar de el o la consultante	Siempre	55,1	81,5	70,8	55,6	64,1	80,3
	Generalmente	37,1	16,3	26,3	16,7	31,1	19,7
	A Veces	6,7	2,2	2,3	27,8	3,9	
	Nunca	1,1		0,6		1,0	
Indaga acerca de cuál es grado de conocimiento que maneja el o la consultante sobre VIH/Sida antes de entregar cualquier tipo de información	Siempre	64,0	90,1	79,4	61,1	76,5	83,3
	Generalmente	25,8	8,8	15,9	27,8	17,6	13,6
	A Veces	6,7	1,1	3,5	5,6	3,9	3,0
	Nunca	3,4		1,2	5,6	2,0	
Pregunta a el o la consultante acerca de los motivos por los cuales se quieren realizar el examen VIH/Sida	Siempre	83,0	92,4	89,4	77,8	89,2	89,4
	Generalmente	10,2	3,3	6,5	5,6	5,9	7,6
	A Veces	3,4	4,3	3,5	5,6	3,9	3,0
	Nunca	3,4		0,6	11,1	1,0	
Indaga acerca de la historia y prácticas sexuales de el o la consultante	Siempre	56,8	79,3	71,2	44,4	68,6	74,2
	Generalmente	31,8	16,3	21,8	33,3	20,6	24,2
	A Veces	11,4	3,3	6,5	22,2	9,8	1,5
	Nunca		1,1	0,6		1,0	
Realiza una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo	Siempre	16,1	17,8	18,0	16,7	14,0	23,1
	Generalmente	29,9	43,3	36,5	22,2	37,0	36,9
	A Veces	40,2	30,0	35,9	27,8	37,0	33,8
	Nunca	13,8	8,9	9,6	33,3	12,0	6,2
Deja tiempo para que el o la consultante se exprese, escuchándolo sin interrumpirlo	Siempre	62,5	80,4	71,2	77,8	65,7	78,8
	Generalmente	29,5	18,5	24,7	16,7	28,4	19,7
	A Veces	6,8	1,1	3,5	5,6	4,9	1,5
	Nunca	1,1		0,6		1,0	
Entrega información sobre VIH/Sida (formas de transmisión, prevención, etc)	Siempre	75,0	91,2	84,6	77,8	79,4	92,3
	Generalmente	19,3	8,8	13,0	16,7	16,7	7,7
	A Veces	4,5		2,4		3,9	
	Nunca	1,1			5,6		
Explica el significado del “período ventana” y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida	Siempre	71,6	92,3	84,6	66,7	79,2	92,4
	Generalmente	14,8	6,6	10,1	11,1	14,9	3,0
	A Veces	11,4	1,1	4,7	16,7	5,0	4,5
	Nunca	2,3		0,6	5,6	1,0	
Aborda con el o la consultante sobre la adopción de un “plan de reducción de riesgo” según la situación particular de cada consultante	Siempre	41,6	62,0	53,8	44,4	48,5	60,6
	Generalmente	42,7	27,2	33,3	33,3	33,0	34,8
	A Veces	11,2	8,7	9,9	11,1	14,6	3,0
	Nunca	4,5	2,2	2,9	11,1	3,9	1,5
Explica que si el examen sale positivo debe realizarse una confirmación del examen que demora un tiempo más	Siempre	85,1	88,9	89,9	61,1	87,1	93,8
	Generalmente	8,0	4,4	5,4	11,1	6,9	3,1
	A Veces	5,7	4,4	3,0	27,8	4,0	1,5
	Nunca	1,1	2,2	1,8		2,0	1,5

La duración de la actividad de formación principal está asociada positivamente a la frecuencia con se llevan a cabo las acciones señaladas. Así sucede con 11 de las 12 acciones, la excepción es *“Solicitar a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería”*. Esta constatación es para tenerla en cuenta.

Es interesante constatar que los/as consejeros/as que fueron seleccionados por decisión institucional para desempeñarse como consejeros señalaron en una proporción mayor que *siempre* hacían la acción de *“Solicitar a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería”* (Anexo 2).

Por último, a medida que aumenta el grado de satisfacción con la experiencia como consejeros/as, aumenta la proporción que señaló que siempre realizaba las distintas actividades (Anexo 2).

Las respuestas que se obtienen de las entrevistas en profundidad a consejeros/as ahondan en las acciones que realizan en la consejería de pre test y tienen una secuencia que, en gran medida, expresa estrategias de abordaje que han ido desarrollando en el ejercicio de la actividad.

Distinguen que las personas que solicitan hacerse el test de Elisa y a los que se le plantea hacerles una consejería tienen distintos orígenes, están los/as que van voluntariamente y aquellos que son derivados, principalmente desde el propio sistema de salud público. La estrategia de abordaje en ambos casos difiere, pues está asociada a la motivación por hacerse el test y tener la consejería.

En general lo primero que hacen los consejeros es presentarse, diciéndoles que son una persona que tiene experiencia, que está para escuchar sus inquietudes y demandas y le señala cuál es el motivo de proponerle una consejería.

Aceptada la consejería le plantean al/a usuario/a que es un proceso confidencial, que tiene derecho a la confidencialidad y se le solicita el consentimiento habiéndole informado. Obtenido el consentimiento sigue adelante.

La primera pregunta es sobre el motivo de consulta, a los que van voluntariamente se les consulta qué lo motiva a ir, a los que han sido derivados de un consultorio, o un Centro de ETS por qué cree que le enviaron a ese servicio.

El/a consejero/a trata de hacer una caracterización del/a usuario/a y si va ha llenar una ficha confidencial le solicita los datos que considera básicos.

A continuación profundiza en las posibles conductas de riesgo de la persona que consulta, por qué se sintió en riesgo para solicitar hacerse el test de Elisa, saber sobre sus creencias, sexualidad, el tipo de pareja que tiene, y el uso de preservativo.

Con los antecedentes que ha reunido trata de establecer el nivel de conocimiento que tiene el usuario de la enfermedad y a partir de ello aclara dudas y entrega información.

Especial énfasis ponen en la necesidad que el/a usuario tenga de información para la prevención, que refuerce conductas en ese sentido y se insiste en el uso del preservativo.

Se le pregunta al usuario sobre los motivos que tiene para hacer el test de Elisa, si está realmente convencido/a de hacérselo.

Luego se le informa lo que se puede encontrar con el resultado del test, que puede salir positivo o negativo. Ponen a la persona en la situación que salga positivo, en las redes de apoyo que puede tener, en las personas con las que puede conversar. Se le explica en qué consiste el examen. Si sale negativo, qué significa para su vida futura y en los comportamientos que tiene.

En algunos casos se hace demostración del uso de preservativos, cuando los tienen y algunos/as entregan cartillas de apoyo, cuando las hay.

Las estrategias que desarrollan para enfrentar mejor al usuario/a son distintas, pero en general todos/as tiene una forma particular de hacerlo. El principal recurso está en crear un lazo de confianza con la persona que consulta, que se sienta escuchada, a las personas que llegan angustiadas tratar de tranquilizarlas, darles confianza. Tratan de ser afectuosos/as, les dejan que lloren.

Parte de las estrategias está el señalarles que esa instancia es confidencial y que los datos que anota (si lleva registro) son también confidenciales.

Algunos/as estiman que es más fácil hacer la consejería a hombres homosexuales. Algunos tratan de ocultarlo o les incomoda la situación, para superar la tensión le preguntan directamente su identidad sexual. Algunos/as consejeros/as prefieren a usuarios homosexuales porque algunos saben a lo que van y por qué, es más fácil tratar con ellos que con los heterosexuales. Estos últimos están muy preocupados de la confidencialidad de la información.

Con las mujeres tratan de responder a las dudas que ellas tienen por comportamientos de sus parejas o maridos que les han engañado, rara vez van por haber tenido relaciones ocasionales sin preservativo.

f) ¿Quiénes llevan un registro confidencial de las consejerías?

La mayoría de los/as consejeros/as lleva un registro confidencial de las consejerías (casi 7 de 10).

Los/as que llevan registro confidencial en una proporción mayor son: los/as que trabajan en hospitales y consultorios de atención primaria y los que están en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (I, V, VIII, RM).

Cuadro 4.9. Proporción de consejeros/as que lleva un registro confidencial de la consejería pre test Total y según lugar donde se realiza las consejerías y región con altos casos de VIH/SIDA (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH	
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Sí	65,9	69,8	65,7	50,0	71,1	57,7
No	34,1	30,2	34,3	50,0	28,9	42,3
Total	167	63	108	14	114	71
% Col	100	100	100	100	100	100

Cuadro 4.10. Proporción de consejeros/as que lleva un registro confidencial de la consejería pre test Según institución responsable de la formación principal, duración de la capacitación principal, y n° de talleres de formación asistidos (porcentajes)

	Institución responsable formación principal			Duración formación principal		N° talleres formación asistidos		
	Conasida	Servicio Salud	Otra	32 hrs o menos	33 hrs o más	Una	Dos	Tres o +
Sí	73,7	62,3	42,9	55,9	81,5	60,2	64,3	90,9
No	26,3	37,7	57,1	44,1	18,5	39,8	35,7	9,1
Total	76	77	14	102	65	87	28	11
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

En una proporción mayor llevan registro confidenciales también los/as que asistieron a dos o más talleres de formación, los/as que asistieron al taller de formación principal realizado por la CONASIDA y en los que ésta duró 33 o más horas (cuadro 4.10).

Por último, a medida que aumenta el grado de satisfacción con la experiencia como consejeros/as, y quienes realizan consejerías pre test de 30 o más minutos llevan en mayor proporción un registro confidencial (Anexo 2).

Los/as consejeros/as que fueron entrevistados personalmente, en una proporción importante llevan registros confidenciales de los /as usuarios/as que solicitan hacer consejería para el test de Elisa. Las modalidades son diversas y dependen de cada consejero/a. No conocen la existencia de algún tipo de registro que esté estandarizado y sea de uso generalizado entre quienes hacen consejería. Registran en cuadernos personales, tarjeteros, fichas, hojas del consultante. *“Tengo un cuaderno, en el que llevo un registro con las iniciales, sin los nombres”, “Lleno una ficha clínica y le digo que son confidenciales, que van a quedar entre nosotros dos”, “Si, es una hoja que llena el consultante antes de la consulta”, “Sí. Hay un cuaderno solamente para eso que se llena al hacer la consejería”, “Tengo una carpeta con la ficha de la entrevista y lo corcheteo al resultado del test”, “Llevamos una ficha confidencial con un código, pre y post-test. Los hacemos al inicio una parte y otra al término de la consejería”.*

Algunos/as llevan registros más minuciosos *“tengo un torpedo y ha resultado súper bueno. Pregunta el sexo, la edad, quienes lo mandaron, estado civil, religión, nivel educacional, qué hace, cómo se clasifica en cuanto a orientación sexual, si se ha hecho el examen antes, si alguien le ha hecho preguntas al respecto (consejería). Yo les voy conversando, tiqueando para que no se me olvide nada”.* Queda en un registro escrito guardado en carpetas.

En otros lugares hay sistemas que están funcionando:

“Tenemos un libro de atención diaria, y en la ficha queda todo. Ahí queda registrado que pasó por consejería. En la ficha está el timbre de la consejería, la firma del consejero, se registra la entrega de material educativo y la autorización del paciente para hacerse el test de Elisa firmado por el paciente. Se registra también la consejería post test y se les entrega un certificado, que es un impreso que tenemos en el servicio. Si es positivo, la primera consejería de post test la hace la matrona, porque es la que hace los ingresos. A veces me toca ubicar a alguien del banco de sangre, la cito a la matrona, se la paso directamente a la matrona, ella hace el ingreso y después pasa por el equipo. Se le piden los exámenes”,

“Las personas que van llegando van poniéndose en un libro. Ahí va el nombre completo, el número de carné de identidad, la fecha de nacimiento y el código El código se compone de las iniciales, día, mes y año de nacimiento y el número de carné completo. Se le toma aquí un VIH y un VDRL. Esto se llena en el momento en que viene a hacerse el examen. Le tengo que preguntar su condición sexual también y este papelito va con todo al box X y le toman el examen. Si está bueno el resultado se entrega en una semana, si sale alterado se va al ISP. Entonces ahí vuelve como en tres semanas más o menos o por una PCR o por una confirmación de que está positivo”.

En otros casos los/as consejeros/as no llevan registros, porque afirman que no se debe ingresar información que es confidencial y son personas que van espontáneamente y es posible que no vuelvan.

g) Seguimiento a los/as consultantes por parte de los/as consejeros/as

Se consultó por el conocimiento que tienen los/as consejeros/as de acciones posteriores de los usuarios/as

- Si se hicieron o no el test de Elisa
- Cuál fue el resultado del test de Elisa
- Si recogieron el resultado del test de Elisa

La mayoría de los/as consejeros/as señaló conocer lo que sucede con los/as consultantes después de la consejería pre test en los tres aspectos mencionados (8 de 10).

Al cruzar la variable en estudio no se encuentran grandes diferencias con las variables del cuadro 4.11.

Cuadro 4.11. Seguimiento a los/as consultantes por parte de los/as consejeros/as. Total, y según años de experiencia, lugar donde se realizan las consejerías y regiones con altos casos VIH/SIDA. (porcentajes)

	Total	Años como consejero			¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con altos casos de VIH	
		< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
15a. Si después de la consejería pre test los y las consultantes se realizaron el test	84,5	81,8	84,6	85,4	90,6	80,9	84,6	84,5	84,5
15b. Cuál fue el resultado del test de Elisa de los y las consultantes.	80,7	78,8	84,6	78,7	81,3	82,7	61,5	82,8	77,5
15c. Si los y las consultantes recogieron el resultado.	77,4	69,7	82,8	76,4	78,1	78,0	69,2	80,0	73,2

Las diferencias son grandes al asociar el conocimiento de las acciones posteriores del/a usuario/a con el grado de satisfacción del/a consejero/a como se experiencia de tal. A mayor satisfacción mayor es el conocimiento de lo que hace el consultante luego de la consejería de pre test.

Cuadro 4.12. Seguimiento a los/as consultantes por parte de los/as consejeros/as Según grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a (porcentajes)

	Grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a cara a cara			
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
15a. Si después de la consejería pre test los y las consultantes se realizaron el test	89,5	85,0	76,2	
15b. Cuál fue el resultado del test de Elisa de los y las consultantes.	89,5	78,5	71,4	50,0
15c. Si los y las consultantes recogieron el resultado.	91,2	73,6	61,9	50,0

En las entrevistas en profundidad, los/as consejeros/as entrevistados señalan que en muchos casos sí saben si los/as usuarios/as se hicieron el test. En algunos casos les acompañan a que se lo haga, o porque se los mandan o lo saben porque son los/as que entregan el resultado: “Sí, porque se trata hacer que la que hace el pre-test haga también el post-test”, “Sí, sí se lo hacen, porque inmediatamente lo acompaño a que se tome la muestra. El resultado me llega a mi y yo soy la que los entrega....la positiva la hago yo”, “Todos se lo toman, porque nosotras mismas los llevamos a la sala de toma de muestras”, “Sí. Yo me coordino con la gente de ETS del CDT del San José, porque ellos reciben la confirmación del ISP. A veces reciben directa la información y yo no la recibo, entonces yo las llamo y ellas me dicen. Siempre van. Nunca me ha pasado que no vaya alguno”, “La manera de saber es que lo vienen a buscar a la semana. A veces se han demorado, pero siempre vienen a buscarlo. A mí me llega la respuesta del banco de sangre. Aquí siempre vienen a buscar el resultado del examen. Siempre. Como aquí siempre es la pareja de portador la que viene a preguntar, entonces uno u otro insiste en venir a buscarlo”.

Varios/as de los/as consejeros/as se informan del resultado de los test porque ellos hacen la entrega de los resultado y/o, porque cuando los resultados son positivos, ellos/as son los profesionales que hacen la consejería.

h) Medidas de confidencialidad

Los/as consejeros toman distintas medidas de seguridad con la información de los usuarios/as y/o pacientes.

- Se busca que la identidad de la persona no sea conocida: *“Lo que hago antes de entregarlo a la paciente es corchetearlo, porque vienen abiertos, lo doblo y lo pongo en un sobre, y les digo, lo abro yo o tú. Hemos hecho esa apreciación, que el exámen llegue cerrado y solo con sus iniciales”, “Se asegura que su identidad no está en peligro ni va ser revelado”, “Se firma una carta de consentimiento. Damos horas cada 45 minutos para evitar que se junten más de dos personas en la sala de espera. Tenemos un box cerrado. El examen se toma con un código y llegan los resultados con ese código. La secretaria los ensobra y le entregamos el sobre sellado a la persona según el código. No hemos tenido problemas en este aspecto. No damos información por teléfono acerca de resultados”.*
- Las fichas sólo las manejan las personas que hacen la consejería. *“Las fichas las manejamos acá en el centro de ETS, no van al archivo de abajo. Cada cierto tiempo hay problemas con personas que quieren que estén todas las fichas abajo y nos hemos defendido, ese es un tema complicado”, “Aquí todo es muy secreto. Las fichas no salen del Programa. Si algún médico necesita verlas tiene que venir acá. Nada sale de aquí, sin excepción. Nunca ha habido filtraciones. La secretaria y las auxiliares son sumamente discretas. No se le puede comentar a nadie dentro del hospital, porque incluso tenemos funcionarios portadores. Incluso yo evito el lazo rojo, porque muchas veces nos encontramos en los pasillos, nos saludamos, y es mejor para ellos que yo no lleve ningún distintivo”, “Esa ficha de ETS, queda aquí, con llave y sólo se vuelve a abrir cuando el paciente vuelve a venir... no es la ficha del hospital, la tiene la secretaria que también está formada... no hemos tenido problemas de confidencialidad con los pacientes de ETS, porque se resguarda mucho eso... porque aparte de la ficha del hospital, los exámenes se toman aquí, no en el laboratorio, sino que acá donde la tecnóloga forma parte de mi equipo... entran y salen con claves, lo que veo yo solamente”, “Van las iniciales, la fecha de nacimiento y los 3 últimos dígitos del carné. Nadie puede saber quien es la persona. Las fichas no salen de acá”.*

Las precauciones que se toman generan dificultades, las ordenes van en clave y para ubicarlos es complicado: “

Problemas de confidencialidad

Que los médicos tratantes en el hospital estén informados y sea confidencial

- Engañar a los profesionales con el diagnóstico y no exponer a los pacientes con su enfermedad. Establecer mecanismos que lo aseguren sería perder la confidencialidad.

- Nosotros tuvimos muchos problemas, porque en algún momento se mal entendió, no con este equipo, por ejemplo, que el paciente no le contaba a nadie ni siquiera a su médico, de repente caían los pacientes a lugares nada que ver, y ahí se armaban los problemas. En cuanto a pérdida de confidencialidad, que se haya conocido información puntual, no recuerdo mucho.

Comportamiento de algunos médicos y su rotación

- *“Otro tema complicado es con los médicos. No sé si en todas partes, que ellos toman un plumón rojo y le ponen VIH en la carátula. Entonces como la ficha es familiar, viene la mamá, la hija, la hermana, yo abro la ficha y si dice eso, me tengo que tirar de guata encima para que no lo vean. Eso se lo hemos dicho a los médicos en todos los tonos. Pero cambian mucho, por ejemplo hoy se va uno, mañana llega otro, cambian todas las semanas, ahora que hay vacaciones, hay reemplazos...”*

Homofobia de algunos médicos

- *Hemos tenido reclamos grandes contra algunos médicos que han hecho escándalo que gritan “¡¡cómo pueden pasarme un SIDA, que está enfermo!!”.*

Los pacientes se molestan porque sus datos van en una ficha clínica

- *Hemos tenido pacientes que se han enojado, pero es que a veces es necesario que ese dato vaya en la ficha clínica, porque se hospitalizan... este es un CETS,*

Escuchó que dijeron

- *A veces viene la mamá de un paciente, que dice que algo escuchó y quiere que yo le diga. Pero problemas de filtración no hemos tenido.*
- *El jefe de un paciente se enteró del resultado. Posiblemente conocía a alguien en el hospital. Este paciente vino a hacer el reclamo acá.*

Filtraciones porque diversas personas tienen acceso a la información en el hospital

- *Creo que se ha abusado con el tema en los enfermos de SIDA, porque cuando usted hospitaliza a alguien, la confidencialidad se acabó.*
- *Dos veces mandaron los resultados del examen con el nombre del paciente. Nosotros mandamos la orden, sin el nombre con el RUT, y allá aparece el nombre en el sistema. Es una falla del funcionario que digita en el hospital, que debiera poner solo el RUT.*

¿Cómo se maneja el tema de la confidencialidad en los servicios?

Los directivos de los servicios de salud entrevistados señalaron, en general, que la información que manejan es reservada, confidencial, que hay normas al respecto y que no han tenido filtraciones. *“Es absolutamente reservado... no ha existido problemas de filtración”*, *“No tengo información sobre casos conflictivos, existe una norma”* *“Yo creo que muy bien, no he tenido problemas. Yo trabajé en el ISP en otro nivel, y conocía el sistema de información para el diagnóstico de Elisa. Además yo viví, trabajé en USA, y es comparable, un estándar internacional en mi opinión”*, *“No hemos tenido, al menos ninguna queja, que yo me recuerde*

que me haya llegado a mí como se haya filtrado, incluso por el contrario se nos ha exigido romper el secreto y no lo hemos hecho, porque sabemos que es un tema prioritario”.

En general la información que identifica a los usuarios va con claves. *“Con las iniciales de los nombres y con el RUT del paciente...y el nombre... tanto el negativo, como el positivo son dados por las mismas personas... para los registros, lo hace la enfermera a cargo..., los pacientes con VIH están identificados por sector”.* *“En sobre cerrado, yo no veo el nombre... es cuidadoso”.* *“Es un protocolo de letras y números que se sigue rigurosamente, incluso aquí ha llegado temas, que a veces un familiar quiere saber en una relación, y el protocolo dice que no hay que decirlo, no lo decimos”.*

En términos generales bien pero en la práctica es relativo por el proceso de atención hospitalaria. No hay espacios que aseguren privacidad. *“No hemos tenido problemas de filtraciones, pero en el Hospital hay dificultades, porque no tienen un espacio que asegure privacidad. Muchas veces se lo han planteado desde el hospital. Pero es el único caso. En los consultorios hay un box aislado, aparte para las consejerías”,* *“En términos generales bien, en la práctica es relativa, porque el proceso de atención a nivel hospitalario, tiene bien poco de confidencial, es casi pública la situación del paciente con VIH. Yo no conozco filtraciones, pero es susceptible que esto ocurra, no existe mucha restricción en Chile, los derechos del paciente se regulan poco en la práctica. El tema del VIH/SIDA no es tan distinto al resto, así es que no veo porque tanta especificidad”.*

Lo de la confidencialidad para varios/as es un tema controvertido. *“Porque pareciera que en salud todo fuera confidencial, pero a la larga, al principio era difícil, porque se hablaba por debajo e igual se sabía. Yo creo que en la medida que las personas con VIH han participado más, el tema de la confidencialidad no pesa tanto, ni en lo equipos, ni en las personas viviendo con VIH. Se mantiene la norma del consentimiento informado y de la clave, eso es sagrado, justamente las fichas de las personas que viven con VIH, están cauteladas en la unidad en donde se atienden y no en el archivo general. Y las fichas de las personas que se hacen el VIH, también quedan cauteladas. En la atención primaria es más abierto el tema. No ha habido filtraciones”.*

Un/a directivo/a de servicios de salud señaló *“La confidencialidad nos ha complicado. Tú tienes derechos individuales que son muy válidos, hasta el momento empiezan a complicar derechamente los derechos de los demás, creo que ahí hay un límite. La confidencialidad nos ha complicado el tratamiento de hartos temas. Yo creo que tú tienes derechos individuales que son muy válidos, hasta el momento empiezan a complicar derechamente los derechos de los demás, creo que ahí hay un límite. Ese límite en salud, nunca se respetó, porque se asumía la confidencialidad de salud para poder operar en el sistema, o sea, los éxitos históricos del Servicio Nacional de Salud en ETS era porque se llamaba a la persona y se le preguntaba por sus contactos sexuales y ahí se buscaba a esas personas, y se les ponía el tema de una manera muy privada, formal y técnica, un tema que va detrás que partió desde el tipo de sexualidad de las personas... todo eso nos ha llevado a respetar los derechos individuales por sobre los temas de la comunidad en general”.*

Se hace espacial énfasis en la formación de los/as consejeros/as acerca del consentimiento informado y confidencialidad.

Para los/as informantes claves la cuestión de la confidencialidad está presente en relación a los usuarios y a los pacientes. Según alguno/as es necesario poder distinguir entre confidencialidad y privacidad o anonimato. *“En Talcahuano, el médico que hizo las consejería tenía una caja con las fichas de los pacientes y las tenía con llave... este médico se enfermó, y costó mucho para que soltara las fichas de los pacientes... y uno de los alegatos era por qué él no les avisaba que tal o cual persona era portador o no, ya que se hubieran ahorrado un montón de cosas... nadie en el servicio de medicina sabía y los otros vueltos locos buscando”*.

Ha habido problemas con el manejo de la información. *“Tiene que ver más bien con la visión de un control jerárquico, sobretodo pesando que el test de Elisa está dentro de los programas de ETS, por años ha regido así en el código sanitario, que dónde vive, cuáles son sus contactos, entonces eso ha impedido que el tema de la confidencialidad se maneje de manera adecuada. Con el avance del tiempo eso se ha mejorado, sin embargo, falta mucho por hacer”*.

Según uno/a al interior de los servicios, los resultados de los exámenes se manejan a carpeta abierta. *“El laboratorio tiene una carpeta donde están todos los datos y esa carpeta va y viene. Existe un protocolo, al codificar todas las muestras, daría lo mismo que estuviera abierta”, “Por cualquier cosa, obligatoriamente hay que ingresar al programa para ver la ficha de la persona, entonces, no se pueden codificar los exámenes, porque hay que acceder a ellos...éticamente es súper conflictivo”*.

Se presentan problemas éticos también cuando se sabe que el portador no informa a su pareja de su calida de tal. *“Topamos con el paradigma ético y epidemiológico que nos dice, por un lado tengo el impedimento de decirle a esta persona que su pareja está en tal o cual situación, pero es cómo trabajo con la persona para que sienta la importancia de porque es importante comunicar... no lo veo otra salida, desgraciadamente. Existe una consecuencia epidemiológica fuerte, porque las parejas de esa persona, terminar también adquiriendo en virus”*.

En algunos casos se reconoce que no se ha respetado la confidencialidad que ha habido reclamos. *“Sé que se debe manejar de alguna manera, pero no se hace bien. De hecho hay una región en la que llamaron por teléfono, el tipo estaba muy urgido y se lo dieron por teléfono. O esto que pasó dos días atrás, fue en un consultorio no recuerdo donde por el norte, y la persona entró al consultorio derivado de nosotros y el tipo se encontró con una pizarra donde decía, a tales personas se les solicita el examen, el nombre de las personas, porque su contacto sexual tal persona salió el resultado positivo”*.

Las FFAA, las empresas y la solicitud de test de Elisa

En general, en los servicios de salud no tienen ninguna relación y no saben qué procedimientos realizan las FFAA, según señalaron en las entrevista en profundidad directivos. *“Nosotros no lo hacemos con las FFAA, sabemos que lo hacen y que en algunas partes, en San Antonio se lo hacían al regimiento y de alguna manera lo hacían en colaboración, ellos siguen haciéndolo, porque eventualmente nos toca un paciente VIH con tuberculosis, que lo siguen haciendo de rutina, pero no con nosotros. En el hospital militar, en el naval, etc. Ellos también tienen su equipo y han tenido menos conflictos, al principio nos mandaban a los pacientes sin saber qué*

hacer, ahora tienen su propio equipo de VIH. Y nosotros lo sabemos más bien por la tuberculosis que hacen algunos pacientes”.

En las FF AA piden el test de Elisa para ingresar. “Ellos piden el test de Elisa de manera obligatoria; en consultas que nos han hecho hemos averiguado que es la única excepción que tienen y lo pueden hacer en privado o de manera institucional”.

Algunas empresas piden el test de Elisa para ingresar. “Algunas, en general lo que sucede es que las empresas lo piden para ingresar y nosotros sabemos, nadie lo informa, llegan las personas y uno les pregunta y dicen que se los solicitaron. Y el dilema está en que si no se lo toman, no los contratan, en realidad es complicado y la mayoría opta por tomárselo”, “Hay empresas que piden exámenes, y también el de Elisa. Las personas no son consultadas, sobre el derecho de informarse, gente que no ha tenido idea que le han hecho el examen”.

Criterio que se siguen con menores de edad que solicitan el examen ELISA

Los criterios que aplican los servicios de salud varían significativamente entre ellos. Según directivos entrevistados, las formas de abordaje de los menores que solicitan el test de Elisa van desde aceptarlo sin más, hasta pedirle que vaya acompañado de un mayor para hacérselo.

- *“Que yo sepa no existe ningún criterio”*
- *A los adolescentes se le hace tal como si fuese un adulto. “Sí, yo creo que si, hay bastante trabajo con adolescente, en conducta de riesgo, se les hace consejería, se le hace tal como si fuese un adulto, lógico, sin ninguna diferencia. Estamos instaurando un servicio en donde el adolescente se pueda atender donde sea, que no hayan servicios aparte, nuestro servicio tiene el modelo de atención familiar, la meta es que todos vayan para allá. El adolescente debe estar inserto en los sectores, con controles especiales EXPA (examen preventivo del adolescente), examen de riesgo, llegan más las niñas, consultan por anticonceptivos. No se producen tantos problemas”.*
- *Personas mayores de 12 años, tienen discernimiento. “Es un problema, tuve que preguntarlo en Jurídica. personas mayores de 12 años, tienen discernimiento: yo lo atiengo sin ningún problema. Si legalmente, el o la adolescente tiene discernimiento, no tengo porque preguntarle al papá si quiere o no”.*
- *Se les hace igual. “Yo tengo entendido que el equipo está disponible para quien se acerque a ellos”, “Ahora, qué se hace directamente, no te podría decir... aunque no me extrañaría que algún adolescente lo haría... Yo te diría que en el momento que alguien pide test de Elisa, nosotros estamos para ayudar, tenemos que hacerlo... no se ha planteado como debate... mi visión es que tenemos que resolver ese tema... pero no podemos dejar de hacerlo, tenemos que ser capaces de darles una respuesta y no llamara los mayores para que decidan por ella... mi visión de nosotros como salud”.*
- *Se ha estado haciendo, pero hay cuestionamientos. “Bueno, eso nos ha costado un poquito. En general, nadie menor de 12 años lo ha solicitado, si los adolescentes quieren hacerse un examen de ETS, y si solicita condones, nosotros consideramos que ha hecho todo un proceso, y hemos definido que se le tiene que dar respuesta. Hay algunos documentos que se mandaron hace poco a todos los consultorios de atención primaria, para dar respuesta a todos los adolescentes que piden atención, no pueden ser*

tramitados, pero ha existido bastante cuestionamiento en torno a la información de los padres, pero en general se está haciendo. Nos han tocado un par de adolescentes, que nos han salido positivos se los apoyado y se ha esperado que ellos cuenten a sus familias, y la verdad es que lo han hecho rápido, sin mayores conflictos y se los ha apoyado para trabajar con sus madres”.

- *Es un tema no resuelto. “Creo que deberían hacérselo, pero es complicado el tema. No tenemos la experiencia ni conozco, si lo piden yo creo que debería ser, es complicado el tema porque siempre hay un responsable por los menores algún apoderado, es un tema que no hemos resuelto”.*
- *Se hace a menores de edad pero deben llevar autorización de los padres. “Se le pide que venga acompañado de un adulto. Cuando viene un menor de edad, por lo general le solicitamos que venga con un padre o tutor, y si no viniese... no se hace. Tratamos de no hacerlo, a menos que llegue con una orden judicial, pero en general hemos tratado que no, pero es un problema igual... la política es no hacerlo”, “Se les pide el acompañamiento. No manejo esa parte realmente. Se les dice que cuando viene un menor, tiene que firmarlo él y un adulto, no sé en la práctica”.*

Los/as informantes clave indican los siguientes criterios para la atención de menores de edad:

- *Tiene que ver con el desarrollo psicosexual del menor. “Depende de qué menor de edad me estás hablando. Creo que es una cuestión de criterio... si estamos hablando de un menor de edad que empezó su vida sexual de forma voluntaria, y que ya tiene una actividad sexual gratificante para su vida, es un ámbito en el cual la consejería tiene que estar presente... a mi no me importa la edad...”*
- *Es distinto si hay violencia, debe protegerse. “Creo que tiene que existir un rol de protección de la gente, o sea si es una persona que hay un abuso sexual de por medio, tendría que haber una suerte de conexión”.*
- *Cuando hay problemas de confidencialidad sobre el menor (orientación sexual, comercio sexual) se ofrece el servicio. Un profesional hace de tutor o se busca a un adulto.*
- *Debería haber un adulto lo más cercano posible. “No, yo creo que no debiese hacerse, pienso que debería existir algún adulto con una relación relevante con él, puede ser una pareja o algún pariente lo más cercano posible alguien con el que tenga confianza. Esta es una respuesta desde el punto de vista formal legal pero sintiendo que el factor más relevante es otro, el grado de desarrollo, de madurez de la persona que solicita es más relevante que tener diecisiete años seis meses2.*

2. Consejerías cara a cara post test con entrega de resultado negativo (CPTN)

a) ¿Cuántos/as consejeros/as realizaron consejerías post test con entrega de resultado negativo en los tres meses anteriores a al encuesta?

EL 71,7% de los/as consejeros/as realizó consejerías post test con entrega de resultado negativo en los tres meses anteriores a la encuesta (agosto/septiembre 2003 y diciembre/enero 2004). Esta proporción es menor que la proporción que realizó consejerías pre test (87,2%)

Cuadro 4.13 Consejeros que realizaron consejerías post test con entrega de resultado negativo durante los tres meses anteriores a la encuesta. Total y según años de experiencia, lugar donde se realizan las consejerías y regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (porcentajes)

	Total	Años como consejero			¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones alta incidencia de casos VIH	
		< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Sí	71,7	65,9	68,4	76,8	70,1	71,5	78,9	74,8	66,7
No	28,3	34,1	31,6	23,2	29,9	28,5	21,1	25,2	33,3
Total	219	41	79	99	77	123	19	135	84
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Para caracterizar a consejeros/as que hicieron este tipo de consejería se cruzó la variable con las mismas utilizadas en la consejería de pre test.

Se puede observar que se asocia la mayor proporción de consejerías post test con resultado negativo con:

- Los años que ejercen como consejeros/as. A mayor experiencia como consejeros/as mayor es la proporción que realiza este tipo de consejería
- Con el tipo de región en la que trabaja. Es mayor la proporción de test negativos entre quienes trabajan en regiones con alta incidencia de casos de VIH (cuadro 4.13.).
- La participación en talleres de formación. Es mayor la proporción que hace este tipo de consejería entre los/as que han participado en talleres de formación.
- La cantidad de talleres de formación a los que el/a consejero/a asistido. De cada 10 consejeros/as que ha asistido a 3 o mas talleres 9 han realizado consejerías a usuarios/as con resultado negativo de su test de Elisa

Al igual que en las consejerías pre test, matrones/as realizaron en una proporción mayor que los/as de otras profesiones consejerías de test con resultado negativo.

Cuadro 4.14. Consejeros que realizaron consejerías post test con entrega de resultado negativo durante los tres meses anteriores a la encuesta según asistencia a talleres de formación, institución responsable de los talleres de formación y número de talleres asistidos (porcentajes)

	Asistencia a talleres de formación		Institución responsable formación principal			N° talleres formación asistidos		
	Si	No	Conasida	Servicio Salud	Otra	Una	Dos	Tres o +
Sí	73,6	54,5	75,3	73,6	60,0	71,9	62,2	91,7
No	26,4	45,5	24,7	26,4	40,0	28,1	37,8	8,3
Total	197	22	89	91	15	96	37	12
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

El grado de satisfacción en la actividad de consejero/a está estrechamente ligado a la realización de consejerías de test con resultado negativo. A mayor satisfacción mayor es la proporción de consejeros/as que la realiza. (cuadro 4.15). Esta tendencia es de mayor intensidad que la encontrada para las consejerías pre test.

Cuadro 4.15. Consejeros que realizaron consejerías post test con entrega de resultado negativo durante los tres meses anteriores a la encuesta según grado de satisfacción con las condiciones de trabajo y con la experiencia como consejeros/as (porcentajes)

	Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo				Grado de satisfacción con la experiencia como consejero cara a cara			
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sí	100,0	71,7	69,8	20,0	88,5	69,6	46,7	66,7
No		28,3	30,2	80,0	11,5	30,4	53,3	33,3
Total	15	113	86	5	61	125	30	3
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

b) Número promedio de consejerías post test con entrega de resultado negativo

El número promedio de consejerías a usuarios con resultado negativo en su test en el trimestre fue de 19 consejerías por cada consejero/a (cuadro 4.16); es decir 6 consejerías post test con entrega de resultados negativos al mes. Pero, al igual que en las consejerías de pre test, este valor presenta una gran variabilidad. Aproximadamente un 25% de los/as consejeros/as hizo como máximo 3 consejerías de este tipo en el trimestre o sea a los más una por mes. Y en el otro 25%, que hizo más consejerías, ese valor fue de 16 o más consejerías en el trimestre. (Anexo 2).

Los/as consejeros/as que hicieron un promedio mayor de consejerías en el trimestre son aquellos/as que (cuadro 4.2.3):

- tienen una experiencia de cinco o más años de experiencia,
- trabajan en hospitales y en otras instituciones,
- se desempeñan en regiones con menor incidencia de casos de VIH/SIDA (II, III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII),
- asistieron sólo a talleres de formación de carácter nacional,
- asistieron al taller de formación principal a cargo de la CONASIDA y de otras instituciones,
- presentan un alto grado de carga laboral
- tienen un mayor grado de satisfacción tanto con lo aprendido en el taller de formación, como con la experiencia como consejero.

Cuadro 4.16. Número promedio de CPTN realizadas en el período.

Total y según años de experiencia, lugar donde se realizan las consejerías, profesión, tipo de formación asistida, institución responsable de la formación principal, grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a, y grado de carga laboral (valores absolutos)

		Media	Mediana	Desviación Standard	Total
Total		18,6	9,0	34,1	157
Años como consejero	< 2	12,8	10,0	19,9	27
	2 a 5	13,5	6,0	22,5	54
	5 y +	24,3	10,0	42,9	76
¿Dónde realiza Ud. las consejerías?	Hospital	30,2	10,0	47,6	54
	Consultorio	9,9	6,0	14,3	88
	Otro	29,2	10,0	45,4	15
Regiones con altos casos de VIH	Sí	15,0	6,0	26,7	101
	No	25,1	10,0	43,7	56
Profesión	Matron/a	18,7	9,0	33,6	105
	Otras	18,5	9,0	35,3	52
Tipo de formación	Sólo local	10,2	6,0	15,9	61
	Sólo nacional	46,6	17,5	63,7	24
	Ambas	18,4	10,0	26,6	34
Institución responsable formación principal	Conasida	25,4	10,0	44,8	67
	Servicio Salud	7,8	6,0	7,7	67
	Otra	28,0	17,0	31,6	9
Grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a	Muy satisfecho	27,1	10,0	46,2	54
	Satisfecho	15,5	8,5	26,3	87
	Insatisfecho	6,6	4,0	6,8	14
	Muy insatisfecho	7,0	7,0	4,2	2
Grado de carga laboral	Baja	5,8	4,0	6,1	25
	Media	8,8	7,0	8,6	71
	Alta	35,1	15,0	49,3	61

c) Duración promedio de las consejerías post test con entrega de resultado negativo

La duración promedio de las consejerías post test con entrega de resultado negativo durante los tres meses anteriores a la encuesta fue de 18 minutos²⁴ (cuadro 4.17). De este modo se observa que la duración promedio de esta consejería es menor a la que tienen en promedio las consejerías pre test en igual período (26 minutos en promedio).

Al igual que lo que sucedía en las consejerías pre test, en estas consejerías también encontramos variabilidad en el tiempo promedio de duración. El 25% demoró como máximo hasta 10 minutos y el 25% mayor las realizó utilizando a lo menos 20 minutos (Anexo 2)

²⁴ El rango de variación del tiempo de duración de es el mismo que el de las consejerías pre test (de 2 a 60 minutos), sin embargo, la desviación estándar respecto de la media es levemente menor (11,3 minutos).

**Cuadro 4.17. Tiempo promedio de duración de las CPTN durante el período
Total y según, años como consejero/a, lugar donde se realizan las consejerías, regiones con altos casos de VIH/SIDA,
profesión, asistencia a talleres de formación (en minutos)**

		Media	Mediana	Desviación Standard	Total
Total		18,0	15	11,3	157
Años como consejero	< 2	15,0	12,5	9,4	27
	2 a 5	19,8	15	12,0	54
	5 y +	17,9	15	11,2	76
¿Dónde realiza Ud. las consejerías?	Hospital	17,6	15	10,4	54
	Consultorio	18,8	15	12,2	88
	Otro	15,0	15	7,7	15
Regiones con altos casos de VIH	Sí	19,6	18	11,2	101
	No	15,2	15	10,8	56
Profesión	Matron/a	17,1	15	10,3	105
	Otras	20,0	20	13,1	52
Asistencia a talleres de formación	Sí	18,3	15	11,5	145
	No	14,5	17,5	7,7	12
Tipo de formación	Sólo local	19,3	15	12,2	61
	Sólo nacional	13,1	10	6,9	24
	Ambas	20,4	20	11,5	34
Duración formación principal	32 hrs o menos	16,2	15	10,2	87
	33 hrs o más	22,0	20	12,6	56
Nº talleres formación asistidos	Una	17,0	15,0	11,3	69
	Dos	16,8	15,0	8,1	23
	Tres o +	24,4	20,0	14,2	11
Grado de satisfacción con la experiencia como consejero	Muy satisfecho	21,0	20	13,0	54
	Satisfecho	16,7	15	9,3	87
	Insatisfecho	16,9	15	14,9	14
	Muy insatisfecho	10,0	10	7,1	2

La mayor duración del tiempo dedicado a la consejería de test con resultado negativo está asociado especialmente a:

- Tipo de formación. Los que asistieron a actividades de formación locales o tanto locales como nacionales.
- Duración de la actividad de formación principal, a mayor cantidad de horas de formación mayor duración de la consejería.
- Número de talleres a los que asistió, a mayor cantidad de talleres mayor duración de la consejería.
- Grado de satisfacción con la experiencia de consejero/a, a mayor satisfacción mas duración tiene la consejería.

d) Percepción del tiempo disponible para realizar consejerías post test con entrega de resultado negativo

Un poco más de la mitad de los/as consejeros/as señaló que el tiempo que pueden dedicarle a las consejerías post test con entrega de resultado negativo era suficiente (6 de 10). Esta proporción es levemente superior a los valores para la consejería de pre test. Un tercio manifestó que el tiempo era insuficiente (4 de 10).

**Cuadro 4.18. Percepción del tiempo disponible para realizar CPTN
Total y según años de experiencia, lugar donde se realizan las consejerías y
regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (porcentajes)**

	Total	Años como consejero			¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos VIH	
		< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Suficiente	63,4	64,0	67,9	60,0	61,1	64,0	69,2	65,3	60,0
Insuficiente	36,6	36,0	32,1	40,0	38,9	36,0	30,8	34,7	40,0
Total	157	25	53	75	54	86	13	98	55
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Los/as consejeros/as que en una mayor proporción señalaron que el tiempo que pueden dedicarle a este tipo de consejería era insuficiente fueron quienes tienen más de cinco años de experiencia, en las otras variables no se observan variaciones importantes (cuadro 4.18).

**Cuadro 4.19. Percepción del tiempo disponible para realizar CPTN
Según grado de satisfacción con la experiencia como consejero (porcentajes)**

	Grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a			
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Suficiente	73,1	64,0	30,8	
Insuficiente	26,9	36,0	69,2	100,0
Total	52	86	13	2
% Col	100	100	100	100

Se constata una fuerte relación entre el grado de satisfacción con el ejercicio de la consejería con la percepción del tiempo que le dedican a la consejería de post test negativo, a mayor satisfacción una proporción más importante de consejeros/as considera que el tiempo es suficiente (cuadro 4.19).

e) Las acciones realizadas durante consejerías post test con entrega de resultado negativo

Para evaluar las acciones realizadas en la consejería post test con resultado negativo se siguió el mismo criterio utilizado con las acciones en el pre test en la confección de las principales actividades.

La lista aborda dos tipos de acciones:

1) Las relacionadas con la forma y el contexto en que se realiza la consejería post test con resultado negativo CPTN

- Realizar una consejería post test con entrega de resultado negativo a la misma persona a la que le realizó la consejería pre test
- Entregar personalmente y en privado el resultado del examen

2) Las relacionadas con estrategias preventivas utilizadas en el caso de que exista un resultado negativo

- Explicar el significado del “período ventana” y las implicancias de un resultado negativo
- Ayudar a el o la consultante a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en la vida sexual
- Realizar una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante
- Sugerir a el o la consultante que se realice otro examen una vez concluido el período ventana

La mayoría de los/as consejeros/as realiza *siempre* cinco de las seis actividades (7 de cada 10) (Cuadro 4.20). La sexta acción “*Realizar una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante*” sólo es efectuado *siempre* por 1,5 consejeros/as de 10, en cambio 5 de 10 la realizan *a veces o nunca* lo hacen. Es conveniente recordar que esta acción es la realizada con menor frecuencia en la consejería de pre test, sólo 2 de cada 10 consejeros/as la llevaba a cabo.

La acción realizada *siempre* es “*Entregar personalmente y en privado los resultados del examen*” (casi 10 de 10), seguida por “*Explicar el significado del “período ventana” y las implicancias de un resultado negativo*” y “*Ayudar a el o la consultante a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en la vida sexual*” (8 de 10). En una proporción un poco menor “*Realizar una consejería post test con entrega de resultado negativo a la misma persona a la que le realizó la consejería pre test*” y “*Sugerir a el o la consultante que se realice otro examen una vez concluido el período ventana*” (7 de 10).

Cuadro 4.20. Frecuencia con que los/as consejeros/as realizan distintas acciones durante las CPTN Total y según años de experiencia, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y lugar donde se realizan las consejerías. (porcentajes)

		Total	Años como consejero			Regiones con alta incidencia casos de VIH		¿Dónde realiza Ud. las consejerías?		
			< 2	2 a 5	5 y +	Sí	No	Hospital	Consultorio	Otro
Realiza una consejería post test con entrega de resultado negativo a la misma persona a la que le realizó la consejería pre test	Siempre	73,2	57,7	78,8	74,7	78,6	63,6	72,2	78,2	41,7
	Generalmente	17,6	26,9	15,4	16,0	13,3	25,5	18,5	14,9	33,3
	A Veces	8,5	15,4	5,8	8,0	7,1	10,9	7,4	6,9	25,0
	Nunca	0,7			1,3	1,0		1,9		
Entrega personalmente y en privado el resultado del examen	Siempre	94,7	88,5	94,1	97,3	95,9	92,6	92,6	96,5	91,7
	Generalmente	3,9	11,5	3,9	1,3	4,1	3,7	3,7	3,5	8,3
	A Veces	1,3		2,0	1,3		3,7	3,7		
Explica el significado del “período ventana” y las implicancias de un resultado negativo	Siempre	81,6	57,7	90,4	83,8	87,8	70,4	85,2	79,3	81,8
	Generalmente	13,8	30,8	7,7	12,2	10,2	20,4	11,1	14,9	18,2
	A Veces	3,9	11,5		4,1	1,0	9,3	3,7	4,6	
	Nunca	0,7		1,9		1,0			1,1	
Ayuda a el o la consultante a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en la vida sexual	Siempre	81,5	76,9	88,2	78,4	84,5	75,9	86,8	78,2	81,8
	Generalmente	14,6	7,7	11,8	18,9	14,4	14,8	11,3	16,1	18,2
	A Veces	4,0	15,4		2,7	1,0	9,3	1,9	5,7	
Realiza una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante	Siempre	15,9	11,5	15,7	17,6	11,2	24,5	14,8	16,3	18,2
	Generalmente	31,1	38,5	37,3	24,3	34,7	24,5	35,2	25,6	54,5
	A Veces	41,1	26,9	33,3	51,4	38,8	45,3	44,4	41,9	18,2
	Nunca	11,9	23,1	13,7	6,8	15,3	5,7	5,6	16,3	9,1
Sugiere a el o la consultante que se realice otro examen una vez concluido el período ventana	Siempre	67,8	46,2	78,8	67,6	71,4	61,1	75,9	64,4	54,5
	Generalmente	15,8	11,5	13,5	18,9	16,3	14,8	9,3	18,4	27,3
	A Veces	12,5	30,8	5,8	10,8	9,2	18,5	13,0	12,6	9,1
	Nunca	3,9	11,5	1,9	2,7	3,1	5,6	1,9	4,6	9,1

La mayor frecuencia en realizar *siempre* las acciones señaladas en el post test con resultado negativo están asociadas a: los años de experiencia de los/as consejeros/as, a medida que aumenta la experiencia se incrementa la proporción de acciones que realizan *siempre* los/as consejeros/as, la región en que se realiza la consejería: más acciones se realizan *siempre* por los/as consejeros/as que trabajan en regiones con mayor incidencia de casos de VIH

**Cuadro 4.21. Frecuencia con que los/as consejeros/as realizan distintas acciones durante las CPTN
Según duración de las CPTN, asistencia a talleres de formación, duración de la formación principal e institución responsable del taller de formación principal (porcentajes)**

		Duración CPTN		Asistencia a talleres de formación		Duración formación principal		Institución responsable formación principal		
		15 o -	16 o +	Si	No	32 hrs o -	33 hrs o +	Conasida	Servicio Salud	Otra
Realiza una consejería post test con entrega de resultado negativo a la misma persona a la que le realizó la consejería pre test	Siempre	68,2	79,7	75,2	50,0	71,1	80,4	73,8	80,0	44,4
	Generalmente	17,0	18,8	16,3	33,3	16,9	16,1	18,5	13,8	22,2
	A Veces	13,6	1,6	7,8	16,7	12,0	1,8	6,2	6,2	33,3
	Nunca	1,1		0,7			1,8	1,5		
Entrega personalmente y en privado el resultado del examen	Siempre	93,1	96,9	95,0	91,7	94,0	96,4	96,9	93,8	88,9
	Generalmente	4,6	3,1	3,6	8,3	4,8	1,8	3,1	3,1	11,1
	A Veces	2,3		1,4		1,2	1,8		3,1	
Explica el significado del “período ventana” y las implicancias de un resultado negativo	Siempre	77,0	87,5	81,4	83,3	79,5	83,6	85,9	80,0	55,6
	Generalmente	14,9	12,5	14,3	8,3	14,5	14,5	12,5	15,4	22,2
	A Veces	6,9		3,6	8,3	4,8	1,8	1,6	3,1	22,2
	Nunca	1,1		0,7		1,2			1,5	
Ayuda a el o la consultante a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en la vida sexual	Siempre	74,4	90,6	82,7	66,7	79,3	87,3	81,0	86,2	77,8
	Generalmente	18,6	9,4	13,7	25,0	15,9	10,9	17,5	10,8	
	A Veces	7,0		3,6	8,3	4,9	1,8	1,6	3,1	22,2
Realiza una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante	Siempre	11,6	21,9	15,8	16,7	12,2	20,0	23,4	9,2	11,1
	Generalmente	24,4	40,6	30,2	41,7	28,0	34,5	29,7	30,8	33,3
	A Veces	45,3	34,4	43,2	16,7	45,1	40,0	39,1	46,2	44,4
	Nunca	18,6	3,1	10,8	25,0	14,6	5,5	7,8	13,8	11,1
Sugiere a el o la consultante que se realice otro examen una vez concluido el período ventana	Siempre	62,1	75,0	67,9	66,7	67,5	67,3	70,3	67,7	55,6
	Generalmente	18,4	12,5	15,7	16,7	16,9	14,5	17,2	13,8	11,1
	A Veces	16,1	7,8	12,1	16,7	12,0	12,7	7,8	15,4	22,2
	Nunca	3,4	4,7	4,3		3,6	5,5	4,7	3,1	11,1

La mayor proporción de acciones que se realiza *siempre* por consejeros/as en la consejería post test con resultado negativo está también asociada a

- La mayor duración de la consejería. Especialmente en las acciones *Ayudar a el o la consultante a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en la vida sexual*, *Realizar una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante*, y *Sugerir a el o la consultante que se realice otro examen una vez concluido el período ventana*.
- La asistencia a talleres de formación. Es mayo la proporción en siempre se realizan las acciones *Realizar una consejería post test con entrega de resultado negativo a la misma persona a la que le realizó la consejería pre test*, y *Ayudar a el o la consultante a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en la vida sexual*

- La duración de la formación principal. Quienes asistieron al taller de formación principal de 33 o más horas realizan siempre, en una proporción mayor, realizaron 5 de las 6 actividades de la lista. Destaca la diferencia en las actividades *realizar una consejería post test con entrega de resultado negativo a la misma persona a la que le realizó la consejería pre test, y realizar una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante* (cuadro 4.21).

Con las otras variables no se observa una tendencia tan fuerte como en las mencionadas

Por último, a medida que aumenta el grado de satisfacción con lo aprendido en los talleres de formación, y con la experiencia como consejero/a, aumenta la proporción de los/as que señaló que realizaba *siempre* las actividades. También se observó esta tendencia respecto al grado de satisfacción personal, pero es una tendencia menos fuerte que las dos anteriores.

En las entrevistas en profundidad los/as consejeros/as señalaron que la apertura del sobre con el resultado del pre test es un momento especial, algunos/as les preguntan, antes de abrirlo, si desean compartir el resultado y si tiene dudas: *“Les digo que es su decisión el compartir el resultado”*, *“Antes de que abran el sobre les pregunto si han entendido el proceso y los posibles resultados”*, *“Si alguien no abre el sobre, le explico los pasos a seguir ante cada resultado”*.

Una vez abierto el sobre algunos/as al ver el resultado negativo felicitan al/a usuario/a. Otro/a en cambio afirma que *“Les muestro la situación a la que se expusieron, les pregunto sobre el por qué llegaron a hacerlo y el cuidado que deben tener a futuro”*.

A continuación les indican que el resultado es válido hasta el momento que se realizó el examen y explica el significado del periodo de ventana.

Preguntan sobre lo que han hecho en el periodo que va desde que se tomaron el examen al momento en que fueron a ver el resultado: *“Veo si ha tenido una nueva situación de riesgo”*, *“Veo qué le pasó a la persona durante el tiempo de espera de los resultados”*, *“Si ha compartido con alguien el hecho de tomarse el examen”*.

Algunos/as incentivan a los usuarios con conductas de riesgo a que le lleven sus contactos. Se pone énfasis en las conductas de prevención que debe tener a futuro el/a usuario/a: *“Insisto en las conductas de prevención”*, *“Todos los contenidos que tiene que ver con prevención, los prefiero trasladar a la postest. Siento que el consultantes está muy nervioso la primera vez, he preguntado si es que se acuerdan de lo conversado y sólo se acuerdan de la mitad”*, *“Se reitera todo lo que se hablo en la primera sesión o consejería pre-test”*, *“Despejando dudas y temores”*, *“Se habla sobre conductas de riesgo que lo ponen nuevamente en riesgo”*, *“Que debe modificar conductas sexuales”*, *“Evitar tener parejas múltiples”*, *“Se insiste sobre las formas no penetrativas de sexualidad, la pareja estable y exclusiva”*, *“Se señala los efectos que tiene el consumo de alcohol”*.

Algunos/as vuelven a explicar la importancia del uso de preservativo. *“Reforzar la idea que el condón si “puede salvar vidas”, “Que siempre use preservativo, que lo lleve siempre. Se les enseña el uso del preservativo, que no debe asolearse. Se les pregunta si lo saben usar”*.

Finalmente se les deja las puertas abiertas, para cuando estimen que requieran una consejería y hacerse el examen de nuevo “*Se les deja abierta la posibilidad, si vuelven a tener sexo de riesgo, para que vengan a tomarse su examen*”.

Algunos/as llevan otro registro de esta consejería. En uno de estos casos una consejera lleva una hoja de post test que incluye “*la fecha del examen, la fecha del último riesgo, el resultado del examen, cómo se sintió durante la espera del resultado, si mantuvo actividad sexual en ese tiempo, qué prácticas sexuales y uso o no de condón. Si piensa modificar sus conductas sexuales, cambios que piensa hacer para evitar futuros contagios* (8 alternativas: tener una sola pareja estable; abstinencia sexual; no tener relaciones con parejas ocasionales; tener relaciones sexuales sin penetración; exigir el test a las parejas nuevas; usar permanentemente el condón; disminuir el número de parejas sexuales; y otros para registrar una respuesta abierta). *La idea es que no vengan todos los meses a hacerse el examen, sino que tomen un poquito de conciencia*”.

3. Consejerías cara a cara post test con entrega de resultado positivo (CPTP)

a) ¿Cuántos/as consejeros/as realizaron consejerías post test con entrega de resultado positivo en los tres meses anteriores a al encuesta?

Una pequeña proporción de consejeros/as (3 de 10) realizó consejerías post test con entrega de resultado positivo en los tres meses anteriores a la encuesta.

Para conocer quiénes son los/as que hacen en una mayor proporción este tipo de consejería, se cruzó la variable con las utilizadas para la consejería de pre test y post test con resultado negativo. Se constata que es mayor la proporción de consejeros/:

- a medida que aumentan los años de experiencia de la actividad
- si trabajan en hospitales y otros (servicios anexos a los hospitales)
- y su actividad la ejercen en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA.

A diferencia de lo que ocurría en las consejerías pre test y post test con resultado negativo son los/as consejeros/as de otras profesiones (no matrones/as) quienes realizan en una proporción mayor estas consejerías (37% y 24% respectivamente).

Cuadro 4.22. Consejeros/as que realizaron CPTP durante los tres meses anteriores a la encuesta Total y según años como consejeros/as, lugar donde se realizan las consejerías y regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (porcentajes)

	Total	Años como consejero			Dónde realiza Ud. las consejerías			Regiones con alta incidencia de casos VIH	
		< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Sí	28,8	9,8	22,8	41,4	33,8	22,8	47,4	32,6	22,6
No	71,2	90,2	77,2	58,6	66,2	77,2	52,6	67,4	77,4
Total	219	41	79	99	77	123	19	135	84
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Mayor es la proporción de consejeros/as que hace consejería con post test positivo si:

- Asistieron a talleres de formación nacional o nacional y local, por sobre los que sólo participaron de formación local, réplicas
- Estuvieron participando en más talleres de formación
- CONASIDA fue la institución responsable de la formación principal, en relación a los servicios de salud
- La duración del taller fue más larga, de 33 horas o más en relación a los/as con 32 horas o menos.

Cuadro 4.23. Consejeros/as que realizaron CPTP durante los tres meses anteriores a la encuesta según tipo de capacitación, n° de talleres asistidos, institución responsable del taller de formación principal, y duración de la formación principal (porcentajes)

	Tipo de formación			N° talleres formación asistidos			Institución responsable formación principal			Duración formación principal	
	Sólo local	Sólo nacional	Ambas	Una	Dos	Tres o +	Conasida	Servicio Salud	Otra	32 hrs o -	33 hrs o +
Sí	23,3	32,4	30,2	20,8	24,3	50,0	38,2	18,7	33,3	23,5	36,8
No	76,7	67,6	69,8	79,2	75,7	50,0	61,8	81,3	66,7	76,5	63,2
Total	86	34	43	96	37	12	89	91	15	119	76
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Al igual que en las consejerías pre test y con post test con resultado negativo, se encontró la tendencia que a medida que aumenta el grado de satisfacción de los/as consejeros/as con lo aprendido en los talleres de formación y con la experiencia el trabajo, aumenta la proporción de los que realizan este tipo de consejería (cuadro 4.24).

Cuadro 4.24. Consejeros/as que realizaron CPTP durante los tres meses anteriores a la encuesta según grado de satisfacción con las condiciones de trabajo y con la experiencia como consejeros/as (porcentajes)

	Grado de satisfacción con lo que aprendió en los talleres de formación				Grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a			
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sí	41,9	25,7	12,5		47,5	22,4	20,0	
No	58,1	74,3	87,5	100,0	52,5	77,6	80,0	100,0
Total	62	113	16	3	61	125	30	3
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

La entrega de los resultados a personas a las que hizo consejería pre-test

Desde las entrevistas en profundidad es posible concluir que son relativamente pocos/as los/as consejeros/as que realizan consejería post test con resultado positivo. La información que se recoge en la encuesta queda refrendada en las entrevistas en profundidad. Los/as que hacen este tipo de consejería reciben en muchos casos consultantes que han sido atendido por otros/as consejeros. Algunos/as consejeros/as le hacen la consejería post test positiva a los que han

hecho antes el pre test, *“Preferimos que la persona que hizo la pre-test haga la post-test. Los conozco y también les hago la post”*.

Hay una suerte de especialización en este tipo de consejería. Hay consejeros/as que hacen el pre test a personas que han estado en situación de riesgo por si salen positivos *“A las parejas de portadores son a los que yo le hago consejería de pre test”*. Los/as hay también quienes no hacen consejería de pre test pero les mandan a los post test con resultado positivo. *“Si a veces me mandan los resultados profesionales que no se atreven a darlos”, “Si, claro, a veces solamente que me mandan los positivos algunos doctores u otras enfermeras que han sido preparadas, pero que aún no se atreven...creo que me han dado bastante preparación, me gustaría más en los casos de adherencia”*. *“Tengo contacto con pacientes con resultado positivo solamente en el caso que me necesiten”*.

b) Número promedio de consejerías post test con entrega de resultados positivos (CPTP) realizadas en el período

El promedio de consejerías realizadas pos test con resultado positivo realizadas por consejeros/as fue 3,5 consejerías; es decir 1 consejería al mes. Pero al ver la cantidad de profesionales que hace este tipo de consejería, el universo se reduce significativamente porque sólo unos/as pocos/as la llevan a cabo. La variabilidad en el número de consejerías realizadas es notablemente menor en comparación con las consejerías pre test y post test negativo²⁵. El 25% de los/as que hizo consejería con post positivo sólo realizó 1 consejería y el 25% que más hizo realizó 4 o más (Anexo 2). Es necesario señalar que una pequeña proporción de consejeros/as concentra gran parte de este tipo de consejería. De los/as 63 consejeros/as que respondió que había hecho consejería de post test con resultado positivo en el trimestre anterior, sólo 36 indicaron la cantidad habían hecho. Entre ellos/as 15 habían hecho sólo 1 en el trimestre, 7 realizaron 2, 9 hicieron entre 4 y 7 consejerías y 5 consejeros/as concentraron una cantidad más importante de consejerías. El grupo de consejeros/as que hace este tipo de test es pequeño y fácilmente reconocible para los fines de llevar a cabo acciones con ellos/as.

El que no señalaran la cantidad de consejerías puede tener múltiples interpretaciones, pero fueron más precisos cuando se les solicitó la cantidad de entrevistas de pre test y post test negativo.

Dado que la tasa de respuesta de esta pregunta fue baja –57%– las diferencias se comentarán con carácter estimativo²⁶.

²⁵ El número de CPTP realizadas en el período varía entre 1 y 30, con una desviación estándar respecto de la media de 5 consejerías.

²⁶ De los 63 consejeros/as que en el período afirmaron haber realizado consejerías post test con entrega de resultados positivos, sólo 36 señalaron en el cuestionario la cantidad de CPTP que habían hecho, de los restantes 27 no se tiene información sobre cuantas CPTP realizaron. La tasa de respuesta de esta pregunta en las consejerías pre test y CPTN fueron de 81% y 86%, respectivamente.

c) Duración promedio de las consejerías post test con entrega de resultados positivos

La duración promedio de las consejerías post test con entrega de resultado positivo realizadas en el período es de 51 minutos (cuadro 4.25). Estas consejerías son las de mayor duración promedio, en relación a las consejerías pre test (26 minutos) y post test con resultado negativo (18 minutos).

A diferencia de las consejerías de pre test y con post test negativo la variabilidad del tiempo promedio de duración de estas consejerías es mayor²⁷. Un tercio duró 40 o menos minutos, y el tercio más largo fue de un hora o más (Anexo 2).

Cuadro 4.25. Tiempo promedio de duración de las CPTP en el período. Total y según, años como consejero/a, lugar donde se realizan las consejerías, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA, asistencia a talleres de formación, tipo de formación asistida, año de asistencia, n° de talleres asistidos, institución responsable del taller principal, duración del taller principal, grado de satisfacción con la experiencia como consejero/a y con las condiciones laborales (en minutos)

		Media	Mediana	Desv. Stand	Total
Total		51,4	45,0	22,8	63,0
Años como consejero	< 2	51,7	50,0	7,6	4,0
	2 a 5	58,2	52,5	25,5	18,0
	5 y +	48,9	45,0	22,5	41,0
¿Dónde realiza Ud. las consejerías?	Hospital	45,5	45,0	14,7	26,0
	Consultorio	55,2	60,0	21,8	28,0
	Otro	56,1	40,0	38,1	9,0
Regiones con altos casos de VIH	Sí	48,0	45,0	19,5	44,0
	No	61,4	47,5	29,3	19,0
Asistencia a talleres de formación	Si	52,7	45,0	22,5	57,0
	No	38,0	45,0	24,1	6,0
Tipo de formación	Sólo local	53,1	45,0	19,3	20,0
	Sólo nacional	38,3	35,0	14,0	11,0
	Ambas	56,4	50,0	17,2	13,0
Año asistencia talleres formación	1998 o antes	44,8	41,5	21,0	12,0
	1999 o después	59,6	60,0	20,5	15,0
	En ambos	47,6	45,0	13,8	17,0
N° talleres formación asistidos	Una	47,9	41,5	19,5	20,0
	Dos	47,9	40,0	17,3	9,0
	Tres o +	66,6	60,0	22,5	6,0
Institución responsable formación principal	Conasida	51,3	45,0	24,6	34,0
	Servicio Salud	56,1	56,0	19,6	17,0
	Otra	52,2	40,0	23,6	5,0
Duración formación principal	32 hrs o menos	49,8	45,0	20,6	28,0
	33 hrs o más	55,4	47,5	24,7	28,0
Grado de satisfacción con la experiencia como consejero cara a cara	Muy satisfecho	53,3	50,0	22,6	29,0
	Satisfecho	50,7	45,0	22,1	28,0
	Insatisfecho	43,8	37,5	33,5	6,0
Grado de satisfacción con las condiciones laborales	Muy satisfecho	69,2	67,5	19,6	7,0
	Satisfecho	48,7	45,0	17,5	31,0
	Insatisfecho	49,7	42,5	28,2	24,0
	Muy insatisfecho	52,0	52,0	,	1,0

²⁷ El tiempo duración de las CPTP varía entre 10 minutos y 120 minutos, con una desviación estándar respecto de la media de 23 minutos (casi 10 minutos más que en las otras dos consejerías analizadas).

La mayor duración de la consejería post positivo por consejeros/as se observa entre los/as que:

- tienen entre dos y cinco años de experiencia
- realizan consejerías en consultorios y otras instituciones
- se desempeñan en regiones que no tienen alta incidencia de casos de VIH/SIDA (II, III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII)
- asistieron a talleres de formación
- asistieron a talleres de formación de tipo local y a ambos tipos de talleres
- realizaron tres o más talleres de formación
- realizaron el taller de formación principal a cargo de un Servicios de Salud
- el taller de formación duró de 33 o más horas
- tienen un mayor grado de satisfacción tanto con la experiencia como consejeros/as con lo aprendido en los talleres de formación.

d) Percepción del tiempo disponible para realizar consejerías post test con entrega de resultados positivos

Un poco más de la mitad de los/as consejeros/as señaló que el tiempo que pueden dedicarle a las consejerías post test con entrega de resultados positivo era suficiente (6 de 10), un poco menos de la mitad (4 de 10) señaló que el tiempo era insuficiente, pese a que el tiempo promedio de ambos grupos es semejante (cuadro 4.26)²⁸.

Cuadro 4.26. Percepción del tiempo disponible para realizar CPTP. Total y según años como consejero/a, lugar donde se realizan las consejerías y asistencia a talleres de formación (porcentajes)

	Años como consejero			Dónde realiza Ud. las consejerías			Asistencia a talleres de formación	
	< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro	Si	No
Suficiente	100	70,6	56,1	69,2	63,0	44,4	64,3	50,0
Insuficiente		29,4	43,9	30,8	37,0	55,6	35,7	50,0
Total	4	17	41	26	27	9	56	6
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

Los/as consejeros/as que en una mayor proporción señalaron que el tiempo que pueden dedicarle a las CPTP era insuficiente fueron los que

- tienen cinco años o más de experiencia,
- trabajan otras servicios (ni hospitales o consultorios),
- no han asistido a talleres de formación (cuadro 4.27).

²⁸ Como referencia hay que señalar que la duración promedio de las CPTN que realizaron los/as consejeros/as que señalaron que era suficiente el tiempo que disponían para realizar las consejerías pre test fue de 53 minutos, con una desviación estándar para este grupo de 19 minutos. El tiempo promedio que duran las CPTP que realizaron los/as consejeros/as que señalaron que el tiempo que disponían era insuficiente fue de 49 minutos, con una desviación estándar para este grupo de 28 minutos.

Cuadro 4.27. Percepción del tiempo disponible para realizar CPTP Según grado de satisfacción con las condiciones de trabajo y con la experiencia como consejeros/as (porcentajes)

	Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo				Grado de satisfacción con la experiencia como consejero cara a cara		
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho
Suficiente	100,0	67,7	47,8		85,7	53,6	
Insuficiente		32,3	52,2	100,0	14,3	46,4	100,0
Total	7	31	23	1	28	28	6
% Col	100	100	100	100	100	100	100

El grado de satisfacción esta asociada a la apreciación si es o no suficiente el tiempo de este tipo de consejería; se incrementa la menor satisfacción con el tiempo dedicado si es menor la satisfacción con la experiencia de consejería (cuadro 4.27).

Información del/a consultante que tiene el/a consejero/a al momento de hacer la consejería

En las entrevistas en profundidad los/as consejeros/as mencionan el tipo de información que tienen de los consultantes a los que se las hará la consejería post test con resultado positivo. Aunque ésta varía de acuerdo al tipo de usuario. Algunos/as son donantes del banco de sangre, otros lo hacen por conducta de riesgo. *“Las consejerías más estresantes son la de los pacientes donantes, ellos vienen a dar sangre y no por conductas de riesgo”*.

Los consultantes homosexuales, que van por conducta de riesgo de alguna manera saben a lo que van: *“El paciente que es gay, que es promiscuo, y que cree porque supo que su pareja estaba infectada, viene con más resignación”*.

Otros consultantes van a testearse por la hepatitis B. *“Al menos acá, los donantes saben que se les va a hacer un VIH”*.

Están los que han sido atendidos en el pre test, de ellos/as hay información, sea en fichas, cuadernos personales. *“Ya tengo toda la información porque hice la pretest”, “Toda la información de la ficha, además de la conversación de la consejería de pre test”*.

De los que son derivados, en general hay poca información: *“A mí me llega mucho post test que los mandan del consultorio... no sé qué información tiene el paciente, tengo que empezar a conversar y ver por qué vinieron a hacerse el examen... pero son los mínimos”*.

La preparación que afirman tener los/as consejeros/as para hacer consejería post test positiva

Las respuestas son diversas. Hay quienes sienten estar suficientemente preparados/as para realizar este tipo de consejerías y para enfrentar situaciones de crisis. Estiman que su profesión y formación son recursos importantes *“Sí. Yo fui matrona de los programas psicosociales e hice curso sobre depresión, angustia, hice imagería y terapia de contención”*.

Otros/as en cambio estiman que están preparados, pero hay ocasiones en que requieren de un/a psicólogo/a. *“En una sola oportunidad, en la que el paciente estaba totalmente descontrolado... me di cuenta de que yo no podía contenerlo, y lo que hice fue llamar al psicólogo”, “Hasta ahora, me ha ido bien, salvo dos o tres pacientes con los cuales el manejo postest se me ha hecho muy difícil, con lo que he echado de menos un psicólogo que me pudiera ayudar”.*

Los hay también quienes señalan que nunca nadie está totalmente preparado. *“¡Yo creo que nadie está preparado nunca! Es muy difícil entregar un resultado así, es casi peor que decirle “tiene cáncer”, “Nunca se está completamente preparado para estas situaciones. Preveo todo tipo de reacciones para que no me tomen por sorpresas. Creo que la reacción ante un resultado positivo se modera por la consejería pre-test, si se ha dado una información esperanzadora y clara. Para mí el momento difícil es la confirmación. Antes, señalo que mientras no se confirme, los resultados no se pueden establecer. No tengo miedo de entregar este tipo de resultados”.*

e) Las acciones realizadas durante las consejerías post test con entrega de resultados positivos (CPTP)

Para evaluar las acciones realizadas en la consejería post test con resultado negativo se siguió el mismo criterio utilizado con las acciones en el pre test en la confección de las principales actividades.

La lista aborda tres dimensiones.

1) Principalmente relacionadas a estrategias preventivas y requerimientos de información del/a usuario/a. Le facilita al consultante evaluación y percepción de riesgo de infecciones por el VIH, le ayuda en la identificar barreras para el cambio de las situaciones de riesgo y en la elaboración de un plan un plan viable de reducción de riesgos

- Evaluar las redes de apoyo interpersonal con las que cuenta el o la consultante antes de entregar cualquier otra información
- Abordar con el o la consultante sobre las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.
- Entregar información para prevenir que el o la consultante le transmita a otra persona el VIH/Sida
- Entrega información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo
- Informar a el o la consultante de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo
- Sugerir a el o la consultante que fije una hora para controlarse y realizarse distintos exámenes (carga viral, población linfocitarias, etc)
- Citar a una consejería algunos días después si el o la consultante está muy impactado/a con el resultado positivo,
- Deriva a el o la consultante a un servicio de salud mental si presenta un shock emocional

Relacionadas con la entrega de información pertinente sobre el VIH/SIDA, funcionamiento del sistema y sus derechos

- Informar a el o la consultante sobre las distintas fases del VIH/Sida

- Explicar a el o la consultante sus derechos para acceder a controles, terapias, etc.
- Explicar a el o la consultante el funcionamiento del programa VIH
- Asociadas con la entrega misma de los resultados
- Realizar una consejería post test con entrega de resultados positivos a la misma persona a la que Ud. le realizó la consejería pre test
- Entregar personalmente y en privado el resultado del examen
- Ayudar a el o la consultante a entender los resultado en relación a las implicancias del resultado en su vida

Se observa (cuadro 4.28) que la mayoría de los/as consejeros/as realizó *siempre* las catorce acciones propuestas. Sin embargo, se constata variabilidad si se analiza en detalle.

Nueve de cada 10 consejeros/as realizan *siempre* los siguiente “*Entregar personalmente y en privado el resultado del examen*”, “*Ayudar a el o la consultante a entender los resultado en relación a las implicancias del resultado en su vida*”, “*Entregar información para prevenir que el o la consultante le transmita a otra persona el VIH/Sida*”, “*Abordar con el o la consultante sobre las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.*”

Ocho de cada 10 consejeros/as lleva a cabo *siempre* las siguientes acciones “*Explicar a el o la consultante el funcionamiento del programa VIH*”, “*Entregar información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo*”, “*Explicar a el o la consultante el funcionamiento del programa VIH*”, “*Informar a el o la consultante de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo*”, “*Explicar a el o la consultante sus derechos para acceder a controles, terapias, etc.*”, “*Citar al/al consultante a una consejería algunos días después si está muy impactado con el resultado positivo*”, “*Realizar una consejería post test con entrega de resultados positivos a la misma persona a la que Ud. le realizó la consejería pre test*”.

Finalmente las acciones que se realizan en una menor proporción son “*Derivar a el o la consultante a un servicio de salud mental si presenta shock emocional*” (6 de cada 10 consejeros) y “*Sugerir a el o la consultante que fije una hora para controlarse y realizarse los distintos exámenes*” (2 de cada 10)

Cuadro 4.28. Frecuencia con que los/as consejeros/as realizan distintas actividades durante las CPTP Total y según años de experiencia y regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (porcentajes)

		Total	Años como consejero			Regiones alta incidencia de casos de VIH	
			< 2	2 a 5	5 y +	Sí	No
			Realiza una consejería post test con entrega de resultados positivos a la misma persona a la que Ud. le realizó la consejería pre test	Siempre Generalmente A Veces Nunca	76,2 7,9 9,5 6,3	75,0 25,0	77,8 11,1
Entrega personalmente y en privado el resultado del examen	Siempre Generalmente A Veces Nunca	95,2 1,6 1,6 1,6	100,0	88,9	97,5 2,5 5,6 5,6	97,7 2,3	89,5 5,3 5,3
Evalúa las redes de apoyo interpersonal con las que cuenta el o la consultante antes de entregar cualquier otra información	Siempre Generalmente Nunca Generalmente Nunca	84,1 11,1 4,8 3,2 1,6	75,0 25,0	77,8 16,7 5,6 5,9 5,9	87,8 7,3 4,9 2,4	86,4 11,4 2,3 4,7	78,9 10,5 10,5 5,3
Aborda con el o la consultante sobre las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.	Siempre Generalmente A Veces Nunca	85,5 9,7 3,2 1,6	75,0 25,0	88,9 5,6 5,6	85,0 10,0 5,0	88,4 9,3 2,3	78,9 10,5 5,3 5,3
Entrega información para prevenir que el o la consultante le transmita a otra persona el VIH/Sida	Siempre Generalmente A Veces Nunca	93,7 3,2 1,6 1,6	100,0	88,9	95,1 2,4 2,4 5,6	95,5 4,5	89,5 5,3 5,3
Entrega información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo	Siempre Generalmente A Veces Nunca	73,0 14,3 7,9 4,8	50,0 25,0	66,7 11,1 5,6 16,7	78,0 14,6 7,3	77,3 11,4 9,1 2,3	63,2 21,1 5,3 10,5
Informa a el o la consultante sobre las distintas fases del VIH/Sida	Siempre Generalmente A Veces Nunca	71,0 21,0 6,5 1,6	75,0 25,0	76,5 5,9 11,8 5,9	68,3 26,8 4,9	68,2 27,3 4,5	77,8 5,6 11,1 5,6
Explica a el o la consultante el funcionamiento del programa VIH	Siempre Generalmente A Veces Nunca	76,2 17,5 4,8 1,6	100,0	77,8	73,2 22,0 4,9 5,6	81,8 13,6 4,5	63,2 26,3 5,3 5,3
Informa a el o la consultante de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo	Siempre Generalmente A Veces Nunca	77,8 15,9 3,2 3,2	75,0 25,0	77,8 16,7 5,6	78,0 14,6 4,9 2,4	77,3 18,2 2,3 2,3	78,9 10,5 5,3 5,3
Explica a el o la consultante sus derechos para acceder a controles, terapias, etc.	Siempre Generalmente A Veces Nunca	82,5 11,1 4,8 1,6	75,0 25,0	83,3 11,1 5,6	82,9 9,8 7,3	84,1 11,4 4,5	78,9 10,5 5,3 5,3
Sugiere a el o la consultante que fije una hora para controlarse y realizarse distintos exámenes (carga viral, población linfocitarias, etc.	Siempre Generalmente A Veces Nunca	60,7 13,1 6,6 19,7	50,0 25,0	64,7 5,9 5,9 23,5	60,0 15,0 7,5 17,5	64,3 11,9 7,1 16,7	52,6 15,8 5,3 26,3

Si el o la consultante está muy impactado con el resultado positivo, lo o la cita a una consejería algunos días después	Siempre	77,8	75,0	83,3	75,6	75,0	84,2
	Generalmente	15,9	25,0	11,1	17,1	18,2	10,5
	A Veces	1,6			2,4	2,3	
	Nunca	4,8		5,6	4,9	4,5	5,3
Deriva a el o la consultante a un servicio de salud mental si presenta un shock emocional	Siempre	55,7	50,0	56,3	56,1	58,1	50,0
	Generalmente	24,6	50,0	25,0	22,0	25,6	22,2
	A Veces	11,5		12,5	12,2	11,6	11,1
	Nunca	8,2		6,3	9,8	4,7	16,7

Al cruzar la frecuencia con que se realizan las acciones presentadas con la experiencia de consejeros/as y con regiones de alta incidencia de casos de VIH/SIDA no se observan tendencias que muestren comportamiento constantes, sino más bien varían según sea la acción quienes lo hace en mayor proporción.

Cuadro 4.29. Frecuencia con que los/as consejeros/as realizan distintas actividades durante las CPTP Según duración de las CPTP, asistencia a talleres de formación y duración del taller principal (porcentajes)

		Duración CPTP		Asistencia a talleres		Duración form principal	
		45 o -	46 o +	Si	No	32 hrs o -	33 hrs o +
Realiza una consejería post test con entrega de resultados positivos a la misma persona a la que Ud. le realizó la consejería pre test	Siempre	74,2	76,0	80,7	33,3	75,0	85,7
	Generalmente	6,5	12,0	5,3	33,3	7,1	3,6
	A Veces	16,1	4,0	7,0	33,3	10,7	3,6
	Nunca	3,2	8,0	7,0		7,1	7,1
Entrega personalmente y en privado el resultado del examen	Siempre	100,0	92,0	96,4	83,3	92,6	100,0
	Generalmente		4,0		16,7		
	A Veces		4,0	1,8		3,7	
	Nunca			1,8		3,7	
Evalúa las redes de apoyo interpersonal con las que cuenta el o la consultante antes de entregar cualquier otra información	Siempre	83,9	84,0	86,0	66,7	78,6	92,9
	Generalmente	12,9	12,0	10,5	16,7	17,9	3,6
	Nunca	3,2	4,0	3,5	16,7	3,6	3,6
Ayuda a el o la consultante a entender los resultados en relación a las implicancias del resultado en su vida	Siempre	93,5	100,0	94,6	100,0	92,9	96,3
	Generalmente	6,5		3,6		3,6	3,7
	Nunca			1,8		3,6	
Aborda con el o la consultante sobre las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.	Siempre	83,3	92,0	85,7	83,3	88,9	82,1
	Generalmente	13,3	4,0	10,7		7,4	14,3
	A Veces	3,3	4,0	1,8	16,7		3,6
	Nunca			1,8		3,7	
Entrega información para prevenir que el o la consultante le transmita a otra persona el VIH/Sida	Siempre	96,8	92,0	93,0	100,0	92,9	92,9
	Generalmente	3,2	4,0	3,5		3,6	3,6
	A Veces		4,0	1,8			3,6
	Nunca			1,8		3,6	
Entrega información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo	Siempre	64,5	80,0	73,7	66,7	71,4	75,0
	Generalmente	22,6	8,0	14,0	16,7	17,9	10,7
	A Veces	9,7	8,0	7,0	16,7	3,6	10,7
	Nunca	3,2	4,0	5,3		7,1	3,6
Informa a el o la consultante sobre las distintas fases del VIH/Sida	Siempre	70,0	68,0	71,4	66,7	66,7	75,0
	Generalmente	26,7	20,0	19,6	33,3	22,2	17,9
	A Veces	3,3	12,0	7,1		7,4	7,1
	Nunca			1,8		3,7	

Explica a el o la consultante el funcionamiento del programa VIH	Siempre	83,9	72,0	77,2	66,7	78,6	75,0
	Generalmente	16,1	16,0	17,5	16,7	17,9	17,9
	A Veces		12,0	3,5	16,7		7,1
	Nunca			1,8		3,6	
Informa a el o la consultante de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo	Siempre	83,9	72,0	78,9	66,7	71,4	85,7
	Generalmente	12,9	20,0	17,5		25,0	10,7
	A Veces		8,0	1,8	16,7		3,6
	Nunca	3,2		1,8	16,7	3,6	
Explica a el o la consultante sus derechos para acceder a controles, terapias, etc.	Siempre	90,3	76,0	82,5	83,3	71,4	92,9
	Generalmente	9,7	12,0	12,3		21,4	3,6
	A Veces		12,0	3,5	16,7	3,6	3,6
	Nunca			1,8		3,6	
Sugiere a el o la consultante que fije una hora para controlarse y realizarse distintos exámenes (carga viral, población linfocitarias, etc.)	Siempre	63,3	58,3	61,8	50,0	53,6	69,2
	Generalmente	20,0	4,2	10,9	33,3	17,9	3,8
	A Veces	6,7	8,3	7,3		10,7	3,8
	Nunca	10,0	29,2	20,0	16,7	17,9	23,1
Si el o la consultante está muy impactado con el resultado positivo, lo o la cita a una consejería algunos días después	Siempre	64,5	92,0	80,7	50,0	75,0	85,7
	Generalmente	25,8	8,0	15,8	16,7	21,4	10,7
	A Veces	3,2			16,7		
	Nunca	6,5		3,5	16,7	3,6	3,6
Deriva a el o la consultante a un servicio de salud mental si presenta un shock emocional	Siempre	43,3	75,0	58,2	33,3	48,1	66,7
	Generalmente	26,7	16,7	21,8	50,0	22,2	22,2
	A Veces	20,0	4,2	10,9	16,7	22,2	
	Nunca	10,0	4,2	9,1		7,4	11,1

En cambio se constata que las acciones realizadas en una mayor proporción *siempre* están asociadas a consejeros que

- Dedicar más tiempo a hacer la consejería
- Participaron en actividades de formación
- Y la formación principal a la que asistieron duró 33 o más horas.

Estrategia y acciones desarrolladas para enfrentar mejor al consultante con resultado positivo

En las entrevistas en profundidad se obtuvo información que muestra las distintas formas de abordaje que tienen los/as consejeros/as. Son aprendizajes en el ejercicio de la actividad. Las que se destacan son:

- Pensar que todas las personas son distintas y dependerá de ellas la forma en enfrentarlas.
- Lo prepara previamente porque tiene sus datos en la ficha. *“Yo hago todo previo, si tu te preparas bien previamente persona va a venir preparad y confiada en ti. Cuando yo sé que el resultado va a ser muy positivo, le digo dónde la voy a mandar, con qué enfermera con qué médico. Así, cuando vienen a la confirmación, yo le digo, bueno era positivo, qué hacemos de aquí para adelante. Ayuda a que ellos se pongan en la situación. Les aclaro qué papeles necesitarán. Eso ayuda a que vean que hay soluciones, no se van a morir”.*
- Es importante decirles el tiempo que lleva el/la consejero/a trabajando en consejería, eso les da tranquilidad y después les escucha

- Lo primero que hace es escuchar desde donde viene la persona *“Dejo que la persona reaccione como sienta hacerlo. Le menciono la situación del VIH, que hoy en día es una enfermedad crónica y no mortal. Trato de visualizar los aspectos positivos de la situación”*.
- Dependiendo de lo que sea más importante para ellos, y desde ahí les engancha para que sigan asistiendo *“Muchas veces son personas solas, les gustan los animales, la flores, trato de rescatar esa visión, para que la persona se agarre a eso... sobretodo ver si tiene familia, hijos, esposas, padres...”*
- Respetar la confidencialidad siempre, y especialmente cuando no quieren que sus familiares lo sepan *“Hay muchas personas que quieren que sus padres no lo sepan, eso yo se los respeto y les pregunto, acerca de con quién les gustaría compartir y yo les solicito que ellos traigan a esa persona, vienen bastante... de hecho este sábado llevamos a todos los hijos de las madres infectadas a un paseo... conocemos a las madres, y a toda la familia”*.
- Si alguien está muy complicada o angustiada, se le hace una interconsulta a salud mental.
- Se le reitera el apoyo que se le dará. *“Se reitera el apoyo que tiene, y que tiene una nueva familia si así desea en donde no se va sentir discriminado, y tiene un espacio disponible para conversar”*.

Las acciones que realizan durante una consejería con entrega de resultado positivo

Desde las entrevistas en profundidad se constata las principales acciones que destacan los/as consejeros/as al entregar un resultado positivo son:

- Prepararse *“Primero me preparo si conozco al paciente y sé cómo va a reaccionar”*.
- Depende de cada paciente *“Unos empiezan a preguntar, otros lloran”*.
- Sondear qué espera el consultante de sus resultados y se pone en su lugar *“Le pregunto a la persona cómo está, “Me coloco en el lugar del otro para que no se agrande el hecho por depresión”, “Si me preguntan si está positivo le digo que sí y que tenemos muchas cosas que hacer por delante”*.
- Aclarar los pasos a seguir. *“Les entrego el sobre con los resultados y converso con ellos sobre los pasos a seguir. Les entregamos la información sobre el sistema de atención a personas que viven con VIH.”, “Que los voy a mandar al hospital, al poli de control, que si salen positivos va a tener acceso a tratamiento. A mi me faltan herramientas a veces para convencerlos de lo que tienen que hacer, pero en esto hay un fundamento que es la libertad de las personas. Una vez que están totalmente informados, la elección es de ellos”*.
- Hacer dos entrevistas. En la primera escuchar al paciente, en la segunda hacer la prevención y derivación *“En la primera no agregar mucho de contenido, después a los que no se afectan mucho, los invito a conversar, porque aquí nada es obligatorio... de cuales serán los pasos, con quienes se va a tratar... la red de apoyo. En la segunda entrevista se refuerza la prevención, el auto cuidado, para evitar reinfecciones, convencer de la búsqueda de contactos... y muchas veces los derivo al médico”*.

f) Acciones y estrategias para abordar a grupos específicos

f.1 Entregar resultados positivos a mujeres

No habría diferencias en cuanto a la forma en que reaccionan. *“No creo que haya diferencias. Ambos caen en un estado de temor, de dudas”*.

Las mujeres llegan bastante más tranquilas, que muchos hombres y rara vez llegan porque han tenido sexo ocasional sin condón

Las dueñas de casa:

Las dueñas de casa no sospechan de que su pareja es positivo o tienen dudas. Cuando se enteran la reacción es de rabia hacia sus parejas, pero no lo hablan con ellas. En general no abandonan a sus parejas y siguen primando los hijos. Hay casos de mujeres que contagian a sus parejas.

- No sospechan de que comportamientos bisexuales de su pareja, ni de que esté positivo. *“Son dueñas de casa. Ninguna de las que me ha tocado han sospechado de que su pareja era bisexual o estaba positivo. Tienen mucha rabia contra la pareja. Algunas veces la pareja viene, otras no logramos que venga”*.
- Las mujeres generalmente van por dudas en relación a conductas del marido. *“Las mujeres generalmente vienen por dudas de que el marido las haya engañado”, “A una mujer, que es como decimos nosotros, le fueron a dejar la infección a la casa; ellas piensan que ellas fueron las culpables al no poder haber retenido bien a sus parejas”, “Son las más difíciles, sobre todo cuando parten de su pareja positiva... en ese momento me da la impresión de que a la mujer lo que menos le importa es el VIH, sino que lo que duele mucho más es el engaño... son otros temas que me cuesta tratar... no es de VIH acerca de lo que quieren hablar... cada cinco hombres una mujer, se ha incrementado... vienen de contactos con varones, con sus parejas estables, no me ha tocado con mujeres del comercio sexual... sólo una vez y que más encima fue por su pareja estable y no por el comercio propiamente tal”*.
- La situación de rabia es bastante común cuando las infectó el marido, aunque tratan de disimularla. *“Ellas les cuentan a sus madres, a sus hermanas... con el marido nunca tratan de hablar el tema, porque se sienten culpable”, “Las mujeres le echan mucha culpa al hombre, le echa toda la culpa al hombre. ‘No me dijo, yo estaba en la casa’”*.
- Cuando una mujer sabe que está infectada y sabe que lo hizo su marido, nunca lo abandona. *“Hay hartas mujeres viviendo así y nunca han abandonado a su marido”*.
- Primero los hijos, después ellas. *“Tenía una guagua y le dijimos que teníamos que tomarle el examen y ella estaba más preocupada de su hijo que de ella. Fue mucho más mamá que mujer. Las mujeres se afectan más si tienen hijos”*.
- Hay mujeres infectadas que infectaron a su marido. *“Tengo el caso de una chica que se contagió y después se emparejó con otra persona y nunca quiso que él supiera. Se embarazó de la segunda pareja y nunca quiso traerlo. No hay forma de obligarlos. El niño tiene dos años hoy día y si ya no están juntos puede que también esté infectado y que esté esparciendo el virus por otro lado”*.

Mujeres embarazadas:

- *“Crean una situación de mayor tensión en los/as consejeros/as; les es más difícil no involucrarse”.*
- *No ha venido a buscar los resultados. “Sí, pero el único caso que he tenido no ha venido a buscar los resultados. Hablamos sobre el tema de la transmisión a su hijo o si podría tener hijos en el futuro. El tema del embarazo es muy importante con las mujeres”.*
- *Se afecta el/a profesional cuando tiene a una embarazada. “Cuando tengo que hacer una consejería post test positivo en una mujer embarazada, me siento más involucrada afectivamente”.*

Empleadas domésticas

Las empleadas domésticas pueden contagiarse y contagiar por los comportamientos de sus patrones

- *Empleada doméstica que infestó a patrones. “Tenemos un caso anecdótico, en Vitacura. Una nana brasileña que contagió a 5 ejecutivos, todos casados con hijos. Fue complicado. A nosotros nos llegó la notificación de uno de ellos. Y él cuando supo, dijo que si él estaba contagiado, también lo estaban los otros. Con ella no tuvimos contacto, se volvió a su país. En ese caso estábamos fritos porque eran todos de Isapre. Le hice consejería a dos. No supe nada de las mujeres de ellos”.*

f.2 Abordar la situación de los varones con resultado positivo que viven con familia (mujer y/hijos)

Las acciones con hombres que viven con una pareja heterosexual están orientadas:

- *Al conocimiento de la enfermedad por el consultante. “Primero que nada tratar de que ellos sepan de su enfermedad, lo que deben hacer, lo que no”.*
- *A la relación y comunicación con su familia para que hable con la esposa y ésta se haga el examen. “Le sugerimos que hable con su esposa para que se tome el VIH para saber si está contagiada. A las persona heterosexuales se les cae el pelo por la posibilidad de tener que decirle a la mujer, más que por el resultado del examen, tener que enfrentar la infidelidad”, “Si, que le cuente a los hijos. En el caso de los hijos, generalmente me ha tocado hablar con hijos de pacientes que ya han fallecido. Los pacientes evitan decirle a los hijos. Los hijos lo apoyan al papá, es la mamá la que viene con más rabia”.*
- *A respetar la decisión que tome el hombre, es él quien tiene que tomar la decisión de comunicarlo. El profesional no debe hacerlo. “Yo asumo que es una información privada de él y eso lo respeto a rajatabla. Me cuesta porque con los otros programas, con los programas de sífilis, yo mando a llamar al gallo no más, y se soluciona el problema, son programas diferentes. Por ejemplo, hay una embarazada con sífilis, llamamos al gallo y los tratamos a los dos, punto. Una vez me informaron de Maruri que un gallo estaba positivo y que yo tenía que citar a la esposa y yo tuve que llamar, pedirles que lean y se informen, explicarles que no procede y que además es ilegal. Yo parto de la base es que cada uno debe es responsable por su gestión de riesgo. Si tengo sexo con una persona con SIDA es mi opción. Yo no puedo obligar a un hombre a informar a la mujer. A veces la mujer no sospecha que hay bisexualidad. Son casos que uno reflexiona con el paciente”.*

- A sacarles el sentimiento de culpa. *“Ellos se dan cuenta de todo lo que acarrea... es super difícil, yo les digo que lo hecho, hecho está, y que hay que seguir adelante... de la mejor manera posible, lo que incluye traer a su contacto, sus hijos, que es necesario”.*

En general las mujeres les apoyan, a pesar de: *“Cuando hemos tenido pacientes que aparentemente son bisexuales casados, siempre las mujeres se la juegan por ellos. Recuerdo a una señora que se endeudó, pidió préstamos para poder comprar las drogas en el tiempo en que aún no se las daban. Siempre estas mujeres apoyan mucho. Quizás no se dan cuenta, no sé, pero siempre las mujeres de estos hombres que no son tan hombres, siempre los apoyan mucho. Hemos tenido matrimonios jóvenes drogadictos”, “Los hombres tienen mucha vergüenza, la mujer lo acepta en la casa por los niños, pero no quiere nada con él y tiene muchas ganas de vengarse, o sea de volver a tener otra pareja –sabiendo que están negativas, me han salido todas negativas– de hacer sexo con preservativo y vengarse del marido. Si están con ganas de vengarse, se les enseña a cómo usar el preservativo. No meto en esa decisión”.*

f.3 Obstáculos que señalan los consultantes homosexuales o gay para adoptar medidas preventivas

Diversos son los obstáculos que señalan los consultantes homosexuales para adoptar medidas preventivas.

- Están los que se relacionadas en los profesionales que les atienden *“Que algún profesional que se haga el loco”.*
- *“Tienen incorporada la promiscuidad”. “Es un sine qua non homosexual igual promiscuidad y posibilidad de infección. Eso es súper difícil de revertir.”*
- Son inestables en el uso o no, no hay constancia en el uso del condón. *“Y creen que en la práctica oral no implica riesgo pero eso no es tan así”, “Nosotros somos categóricos en decirles que nunca más relaciones sin preservativos, porque se produce la reinfección y se está infectando a otro. Dicen que sí, pero muchas veces reconocen que no han usado, porque no tenían, porque no quiso, porque creían que no importaba si ambos están con VIH, y no sabían que estaban aumentando la carga viral. Uno les dice todo eso, pero depende de la gente, de sus conductas. Algunos se van de carrete el fin de semana y dejan los remedios para poder tomar alcohol, por el fin de semana. Esas personas han recibido la información. Se aburren y quieren pasarlo bien, salir a sus fiestas, sus reuniones”.*
- No les importa infestarse si sienten cariño por la pareja. *“En dos ocasiones me ha tocado que dicen ‘simplemente no quiero, no importa que el otro esté infectado, yo siento cariño por él, y se acabó, me infecto igual’. En estos casos no hay nada que hacer”.*
- No tienen muchas opciones de hablar sobre su sexualidad. *“No todos la tienen, pero ellos por una cuestión sexual es más oculto, entonces se genera una instancia de conversación, que una persona también les pueda hablar en su lenguaje de a poco ellos lo reciben super bien”.*
- El consumo de alcohol y la droga. *“Los más importantes van por el lado del copete y la droga”.*
- Les faltan de lugares para tener contactos transparentes. *“Que tienen pocas posibilidades de tener contactos transparentes, a la luz del día. Los tienen en lugares oscuros, a la*

rapidita y es difícil cuidarse. Otra cosa es el efecto del alcohol que baja las precauciones”.

- No tienen plata para comprar preservativos. *“También por el lado de la disponibilidad de condones. No porque no quieran usarlo, sino porque no tienen plata, porque en ese momento no se van a perder un polvo porque no tienen condón. Van no más a la pelea”.*
- Pero también hay respuestas que muestran la preocupación de los homosexuales por prevenir. *“Los homosexuales son lejos los más ordenados en su actividad sexual. Los más desordenados son los hombres separados, los hombres que viven en patota. Los que toman mucho, los que van mucho a fiestas. Pero los hombres que están con hombres en general son ordenados. Usan condón, vienen a pedirme condones y yo siempre les doy toneladas de condones”.*

f.4 Las acciones para manejar de las expresiones suicidas del tipo “Si sale positivo, me voy a matar”

A partir de las entrevistas en profundidad son diversas las respuestas que se plantean ante las expresiones de suicidio que apuntan a distintos aspectos de la consejería. Un tipo de respuesta es relajar a la persona, hablarle, que no tome decisiones precipitadas. *“Sé que lo más importante es relajar a la persona”, “Le dije que no tomara ninguna decisión precipitada, que conversáramos de nuevo y cuando vino conversamos”, “Cuando hablan de eso, yo intento conversar las razones para tomar esa decisión, los confronto con sus propias decisiones y conductas”.* Otra respuesta es dar esperanzas, decirles que hay tratamiento para la enfermedad: *“Lo primero que les digo es que entonces para qué hacer el test, con qué fin si te vas a matar. De a poco reaccionan y piensan en que se cuidarían, lo aceptarían, se tratarían. Que no viera solamente una nube negra, sino que había esperanza”.* Una tercera es la que llevan a cabo algunos consejeros/as, tocar el tema de la muerte. *“Si vamos a hablar de la muerte, es algo que es necesario hablar”.*

Hay consejeros/as que prefieren un apoyo psicológico para el consultante. *“Inmediatamente llamo al psicólogo, a salud mental,... lo pueden atender de inmediato, es una muy buena opción... Nosotros hemos logrado convencer al personal que el enfermo de SIDA tiene que ser atendido inmediatamente... hemos ejercido un poquito de poder ahí, nos hemos valido de eso”* *“Nos apoya la psicóloga y una doctora que es del salud mental. A ellas les puedo mandar pacientes. Lo enfrentamos como equipo”.*

A algunos/as no les ha tocado ese tipo de reacciones, señala una consejera que podría ser porque ella atiende muchas mujeres y éstas, en general no tendrían ese tipo de crisis, y en el caso de los homosexuales tampoco se darían: *“No me ha tocado. Yo atiendo muchas mujeres y las mujeres nunca enfrentan las cosas tan dramáticamente. Las mujeres piensan en los hijos, en que tienen que apechugar como sea, entonces más preguntan qué es lo que tienen que hacer. Y los homosexuales que veo están tan preparados para que les digas qué tienen, que se emocionan más cuando les dices que no tienen”.*

f.5 Rechazo frente a cierto tipo de consultantes

Los rechazos o molestias, como lo denominan consejeros/as, frente a cierto tipo de pacientes son reconocidos por éstos/as. Algunos lo sintieron al comenzar su experiencia de consejería.

“Cuando recién empecé. Tenía cierto grado de dolor de guata, de ver que estás frente a una persona que tenía el virus. No sé si era pena... Pero no de rechazo. No tengo problemas con los homosexuales, nunca tuve”.

Rechazo sienten otros/as por los homosexuales que seducen a otros, los contagian y el/a consejero no tiene recursos para reacciona, sienten frustración *“De hecho nos llegó un chico de 15 años que lo sedujo un paciente... ahí estamos amarrados, no tenemos evidencia... el tema de los pacientes portadores y el uso del preservativo, es un tema difícil, no usan preservativos... de hecho hemos tenido clases, tenemos de todo acá, profesionales o no... hemos hablado con personas y después llegan con su pareja embarazada... incluso”.*

Molestias producen los hombres homosexuales que tratan de manipular a los profesionales de los servicios haciendo uso de sus organizaciones. *“No, no es rechazo, pero es desagradable la manipulación de algunos. Lo que pasa es que ellos son medio insolentes. Les gusta armar enredos. A una compañera le pasó que un tipo dejó la droga. Él estaba con medicamentos y él mismo dijo que no los tomaba más. Se lo dijo al médico. Al poco tiempo este gallo se empezó a sentir mal y volvió a querer retomar el tratamiento. Pero había una cláusula que si la persona abandonaba tenía que asumir que se iban a demorar en darle otra. O sea que no era llegar y decir me bajo del carro y me subo mañana. Mi compañera seguramente le dijo eso y este hombre la acusó de que no lo quería ayudar, hizo toda una mentira al respecto, que la iba a denunciar. Ellos muchas veces son muy manipuladores y a través de sus organizaciones... es como el Cuco para nosotros. Que el VIVO Positivo, qué sé yo. Entonces eso se presta para que ellos se sientan... como que nos manejan o quisieran manejarnos. Yo no les hago caso, me limito a mi trabajo y cuando empiezan los cuentos, les digo que no tengo tiempo, que no me interesa. (¿se refiere a los pacientes homosexuales?) Generalmente. Más bien los más ociosos. Aquí hay un grupo de ociosos que generalmente van a la agrupación, se sientan allá a ver tele, echados en los sillones sin ningún afán de salir adelante. O de hacer algo por ellos mismos y se acostumbra a esa ociosidad y a que todo les den. Esa gente nos crea conflictos. El paciente que trabaja, que viene a ver al médico, a buscar sus medicamentos, después se va a trabajar. Ellos no nos crean ningún conflicto, están agradecidos del equipo. Pero estos vagonetas, les gusta el lío. En las reuniones se ve que a todos les pasa lo mismo. Amenazan a los médicos, a las enfermeras. Rechazo no siento, pero es desagradable la manipulación”.*

Varios/as expresan que siente cierto rechazo por las travestis: *“Al principio un poco, cuando llegaban pacientes con nombres de hombres y llegaban de mujer”, “No rechazo, pero me cuestan más los travestis. Igual los atiendo y los acojo. Como prejuicio siento que son como grotescos y que hacen más difícil la aceptación de la homosexualidad”, “Sí, una vez atendiendo población travesti, un paciente venía a hacerse vocaciones de condilomas. Él tenía una estética absolutamente femenina, y además acá le ponemos el nombre por el que quiere ser llamado, por su nombre de mujer. Entonces lo llamo, y cuando me acerco me encuentro con un tremendo pene y me dio asco, sentí rechazo. Le pedí disculpas y él me dijo que estaba acostumbrada. Pero era como la contradicción y también estar acostumbrada a atender a puras mujeres y ocasionalmente un hombre y que te aparezca un travesti con así una tremenda pechugas y así un pene es una cosa fuerte”.*

Molestia sienten cuando un miembro de la pareja sabe que el/la otro/a está infectada y no hacen nada por prevenir el contagio. *“No hacen nada, es que la sexualidad es algo tan misterioso,*

antes lo veíamos como algo increíble, pero ahora no tanto... un par de veces nos enojamos, pero después ya no, porque es pelear contra una pared... incluso a veces una pareja que llega y dice, es que ella está infectada, porque era casada y se separó... y resulta que el marido es el que no quiere ocupar el preservativo”.

Rechazo producen en otros/as los pacientes esquizofrénicos producen en algunos/as también reacciones de rechazo *“Me cuesta trabajar con los pacientes esquizofrénicos, con ellos me cuesta mucho”.*

Incomodidad generan los adolescentes porque no se sabe si asimilan la información que se les entrega. *“En algún momento me costaba atender a adolescentes, porque no sabía si asimilaba la información”.*

Molestan los consultantes que van obligados a hacerse un examen. Molestan la gente que va derivada por Gendarmería y que no tiene intenciones de hacérselo y lo hace por obligación, por un trámite. *“Lo piden para las visitas conyugales”.*

Molestan aquellos que insisten en realizárselo muy seguido sin cambiar las conductas o que no tienen situaciones de riesgo e insisten en hacérselo por motivos de control.

f.6 Dilemas éticos que enfrentan con respecto a los/as consultantes y la información que les debe entregar

Algunos problemas son mencionados en las entrevistas en profundidad, unos que dicen relación con los niños que nacen de padres infectados, la confidencialidad y las consecuencias que tiene para la familia el VIH/SIDA, con el trato que algunos médicos le dan a los pacientes.

Los niños que nacen de madres infectadas, nacen de un matrimonio que va a morir. *“Mi mayor problema ético que ese niño pueda salir infectado, qué derecho tiene un papá para decirle que él ya va a morir... de nacer en un matrimonio que va a morir, porque la gente se muere. La semana pasada se nos murió un paciente con tratamiento... ahora se prolonga más la vida, pero los peligros de muerte todavía están presentes”.*

Conciliar la confidencialidad y mantener en secreto resultado positivo y las consecuencias de ello en la familia *“Cuando, uno sabe que el paciente es positivo y no te quiere contar, y el paciente no le cuenta a su pareja, y ahí en esos casos no podemos hacer nada. Da mucha impotencia. Una forma de dar solución, y bueno lo que podemos hacer, es esperar que la gente cuente solamente, creo que la mayoría le informa a sus parejas”, “Cuando después de varias conversaciones, los pacientes no me traen a sus contactos, su pareja estable y sobretodo si es que hay hijos de por medio, ahí me siento muy impotente con el tema de la confidencialidad”. “La Juanita tiene una paciente positiva que lleva diez años casada y el marido no sabe. Ella viene a sus controles, toma sus drogas, pero el marido no sabe”.*

Con los médicos del equipo que no tocan a los pacientes y los maltratan. *“Me atrevo a nombrar a los médicos porque es un grupo de profesionales que nunca tiene tiempo para hacer talleres, andan siempre corriendo. Meten las patas y después tengo conflictos con ellos, porque arreglarle el panorama a algún paciente al que le han cagado la onda, o que lo han tratado*

mal. ¡no me cree! ¡que me va a creer que yo voy a estar aquí de 3 a 5, no me creen, si los han tratado mal! Y ese es un problema ético, de maltrato. Pero con pacientes, no”.

4. Síntesis de las consejerías y evaluación final

Esta sección profundiza en las características específicas de las consejerías que cada consejero/a realizó en el período (cuadro 4.30), si fueron de pre test, de post test con resultado negativo y/ de post test con resultado positivo. Se constata que algo menos del 10% no realizó ningún tipo de consejería. Entre los/as que hicieron consejerías, casi el 50% realizó consejerías de pre test y de entrega de resultado negativos y el 30% realizó el conjunto de las consejerías. Unos/as pocos/as sólo entregaron resultados.

Cuadro 4.30. Distribución absoluta y relativa de consejero/as según tipo de consejerías que han realizado en los últimos tres meses y características específicas de las consejerías que ha realizado (valores absolutos y porcentajes)

1. Tipo de consejerías que ha realizado*	N	% (a)	% (b)
Ninguna	20	9,1	n.a
Pre test	191	87,2	96,0
Post test negativo	157	71,7	78,9
Post test positivo	63	28,8	31,7
2. Características de las consejerías realizadas**	N	% (a)	% (b)
Sólo pre test	40	18,3	20,1
Sólo entrega de resultados***	8	3,7	4,0
Pre test y entrega de resultados negativos	91	41,6	45,7
Pre test y entrega de resultados positivos	1	0,5	0,5
Todos los tipos de consejería	59	26,9	29,6
Todos lo/as consejero/as			
Sólo quienes han realizado consejerías últimos tres meses			
	219		
	199		

* Los porcentajes no suman 100%

** Los porcentajes suman 100% sólo en (b)

*** Cinco han entregado solo resultados negativos, uno ha entregado solo resultado positivo, y dos han entregado ambos tipos de resultados

(a) Sobre el total de consejeros/as

(b) Sobre el total de consejeros que han realizado consejerías los últimos tres meses

A medida que se incrementa la experiencia como consejero/as éstos/as realizan en una mayor proporción consejerías de todo tipo, incluidas las con entrega de resultado positivo, lo contrario sucede con los/as que no hicieron consejería, sólo hicieron pre test o pre test con entrega de resultado negativo (cuadro 4.31).

Cuadro 4.31. Características específicas de las consejerías realizadas en el período según, Años de experiencia, lugar donde se realizan y regiones con alta incidencia de VIH/SIDA (porcentajes)

	Años como consejero			¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH	
	< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Ninguna	12,2	11,4	6,1	13,0	5,7	15,8	7,4	11,9
Sólo pre test	22,0	19,0	16,2	15,6	22,0	5,3	17,0	20,2
Sólo post test	4,9	3,8	3,0	3,9	3,3	5,3	5,2	1,2
Pre test y post test negativo	51,2	43,0	36,4	35,1	48,0	26,3	40,0	44,0
Pre test y post test positivo		1,3		1,3				1,2
Todas las consejerías	9,8	21,5	38,4	31,2	21,1	47,4	30,4	21,4
Total	41	79	99	77	123	19	135	84
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

Se observa una mayor proporción de consejeros/as que realizan todo tipo de consejerías entre:

- los que trabajan en hospitales u otros servicios anexos
- que se desempeñan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA
- han asistido a más talleres de formación
- el taller principal de formación fue organizados por CONASIDA
- la capacitación duró 33 horas o más (cuadros 4.31 y 4.32).
- los/as que tienen un mayor grado de satisfacción con lo aprendido en los talleres de formación, con la experiencia como consejero/a y con las condiciones de trabajo.

Cuadro 4.32. Características específicas de las consejerías realizadas en el período según, Asistencia a talleres de formación, tipo de formación, institución responsable de la formación principal, y duración del taller principal (porcentajes)

	Asistencia a talleres de formación		N° talleres formación asistidos			Institución responsable formación principal			Duración formación principal	
	Si	No	Una	Dos	Tres o +	Conasida	Servicio Salud	Otra	32 hrs o -	33 hrs o +
Ninguna	8,1	18,2	5,2	21,6	8,3	9,0	7,7	6,7	7,6	9,2
Sólo pre test	17,3	27,3	20,8	16,2		14,6	18,7	26,7	17,6	17,1
Sólo post test	4,1		4,2	2,7		4,5	4,4		4,2	3,9
Pre test y post test negative	43,1	27,3	51,0	37,8	41,7	37,1	50,5	33,3	47,9	35,5
Pre test y post test positive	0,5		1,0					6,7	0,8	
Todas las consejerías	26,9	27,3	17,7	21,6	50,0	34,8	18,7	26,7	21,8	34,2
Total	197	22	96	37	12	89	91	15	119	76
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

5. Las áreas de formación en que los/as consejeros/as dicen necesitar profundizar

Para evaluar la áreas en la que los/as consejeros/as dicen necesitar profundizar se elaboró un lista con trece contenidos. En la confección de la lista de actividades se analizó la documentación entregada por CONASIDA (CONASIDA 1997, 2003, 2002, s/f, Lara y Parra 1998, Parrini s/f, ONUSIDA 2001, Centro Romero 2000, Fergadiott y Mena s/f y diversos documentos que están en la página web del CONASIDA). Asimismo se hizo una consulta en

línea a consejero/as y enlaces de la Red de Consejería, previo la confección del cuestionario final, acerca de los contenidos a preguntar.

Una pequeña proporción de consejeros/as indicó que no necesitaba profundizar en su formación. La gran mayoría manifestó la necesidad de profundizar su formación para la consejería.

Los contenidos a profundizar se pueden agrupar en cuatro áreas:

- 1) *Conocimientos específicos* y comprensión de demandas emocionales de los/as consultantes
 - Formas de prevención de la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA
 - Formas de prevención de la transmisión vertical (madre a hijo/a) del VIH/SIDA
 - Formas de apoyo psicosocial y emocional
 - Los principales factores socioculturales que hacen más vulnerable a una persona de adquirir VIH/SIDA
 - Estrategias para abordar dificultades preventivas de los/as consultantes
- 2) *Comunicación interpersonal*, formas de apoyo psicosocial y emocional a los/as usuarias/as
 - Formas para relacionarme más fluidamente con el o la consultante
 - Formas para manejar situaciones emocionales críticas, incluidas las experiencias suicidas
 - Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores
 - Conocimiento en torno a la homosexualidad, bisexualidad, transexualidad y transgénero
- 3) *Estrategias de autoayuda* para prevenir el agotamiento emocional (burn out) entre los/as propios/as consejeros/as
 - Estrategias para prevenir el agotamiento emocional (burn out) entre los/as consejeros/as
- 4) *Estrategias de prevención* de los/as consultantes:
 - Cómo aprovechar la entrega de resultados como una instancia educativa
 - Formas para gestionar el riesgo en los y las consultantes
 - Redes de apoyo y organizaciones que existen para las persona seropositivas

Las principales contenidos²⁹ en los que los/as consejeros/as señalan necesitar profundizar son los siguientes: “*Formas para manejar situaciones emocionales críticas, incluidas las experiencias suicida*”, “*Formas de apoyo psicosocial y emocional, estrategias para prevenir el agotamiento emocional (burn out) entre los/as consejeros/a*”, y “*Estrategias para abordar dificultades preventivas de los/as consultantes*” (cuadro 4.33).

²⁹ El total de respuestas es un asuma del total de respuestas que cada consejero/a dio dividido por la cantidad de ítems.

Cuadro 4.33. Áreas en las cuales los/as consejeros/as señalan que necesitan profundizar para mejorar su desempeño según orden de importancia asignado (porcentajes)

	Área principal	Segunda Área	Tercer Área	Cuarta Área	Total respuestas
a. No necesito profundizar en ninguna área	2,8	1,8	3,7	6,4	3,7
b. Formas de prevención de la transmisión sexual y sanguínea de	0,9	2,8	3,7	4,6	3,0
c. Formas de prevención de la transmisión vertical (madre a hijo/a) del VIH/SIDA	2,8	2,8	9,2	8,3	5,7
d. Formas para relacionarme más fluidamente con el o la consultante	11,5	7,3	4,6	7,3	7,7
e. Formas de apoyo psicosocial y emocional	15,6	22,5	7,8	3,2	12,3
f. Formas para manejar situaciones emocionales críticas, incluidas las experiencias suicidas	28,9	17,4	14,2	6,9	16,9
g. Estrategias para prevenir el agotamiento emocional (burn out) entre los/as consejeros/as	12,8	8,3	13,8	10,6	11,4
h. Redes de apoyo y organizaciones que existen para las persona seropositivas	2,8	8,3	8,7	5,5	6,3
i. Conocimiento en torno a la homosexualidad, bisexualidad, transexualidad y transgénero	6,4	5,5	7,3	9,2	7,1
j. Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores	1,4	4,1	6,0	5,0	4,1
k. Cómo aprovechar la entrega de resultados como una instancia educativa	1,8	2,8	4,1	5,0	3,4
l. Los principales factores socioculturales que hacen más vulnerable a una persona de adquirir VIH/SIDA	0,9	6,4	4,1	5,5	4,2
m. Formas para gestionar el riesgo en los y las consultantes	3,7	3,7	5,0	6,0	4,6
n. Estrategias para abordar dificultades preventivas de los/as consultantes	7,8	6,4	7,8	16,5	9,6
Total	218	218	218	218	872
% Col	100	100	100	100	100

Al analizar las cuatro áreas de contenido indicadas antes se procedió a agrupar los contenidos específicos, además de las respuestas de los que manifestaron no necesitar profundizar en la formación (cuadro 4.34).

Cuadro 4.34. Reagrupación temática de las cuatro áreas principales en las que los/as consejeros/as señalan que necesitan profundizar para mejora su desempeño como consejeros/as según orden de importancia asignado (porcentajes)

	Área Principal	Segunda Área	Tercera Área	Cuarta Área	Total respuestas
No necesita profundizar	2,8	1,8	3,7	6,4	3,7
Conocimientos específicos	13,8	25,7	33,0	33,0	26,4
Comunicación interpersonal	57,3	51,4	32,6	22,5	40,9
Autoayuda	12,8	8,3	13,8	10,6	11,4
Estrategias preventivas	13,3	12,8	17,0	27,5	17,7
Total	218	218	218	218	218
% Col	100	100	100	100	100

Tomando el conjunto de respuestas se observa que el área donde dicen requerir más formación es en Comunicación interpersonal (4 de 10 consejeros/as), luego Conocimientos específicos (casi 3 de 10), le sigue Estrategias preventivas (casi 2 de 10) y finalmente Autoayuda (1 de cada 10)

El área principal en la que consejeros/as señalaron necesitar profundizar fue la relacionada con la *Comunicación interpersonal*, 6 de cada 10 consejeros así lo indican. La segunda área fue, nuevamente la *Comunicación interpersonal* (5 de 10), aunque los *Conocimientos específicos* aumentaron con respecto al área principal (3 de 10). En la tercera área hubo una proporción similar (3 de 10) que señaló tanto los *Conocimientos específicos* y *Comunicación interpersonal*, las mismas áreas se repiten en la cuarta en importancia.

Comentario aparte merece el área de *autoayuda*, que si bien no alcanza las proporciones de las otras, el nivel de mención es bastante alto recordando que en la reagrupación quedó como única categoría.

Cuadro 4.35. Reagrupación temática del área principal en la que los/as consejeros/as señalan que necesitan profundizar para mejora su desempeño como consejeros/as según años como consejero, lugar donde se realizan las consejerías, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y asistencia a talleres de formación (porcentajes)

	Años como consejero			¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH		Asistencia a talleres de formación	
	< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No	Si	No
No necesita profundizar		6,4	1,0	1,3	3,3	5,3	3,0	2,4	3,1	
Conocimientos específicos	14,6	12,8	14,1	14,5	13,0	15,8	14,8	12,0	13,8	13,6
Comunicación interpersonal	73,2	47,4	58,6	60,5	56,1	52,6	58,5	55,4	55,6	72,7
Autoayuda	4,9	12,8	16,2	7,9	14,6	21,1	13,3	12,0	13,8	4,5
Estrategias preventivas	7,3	20,5	10,1	15,8	13,0	5,3	10,4	18,1	13,8	9,1
Total	41	78	99	76	123	19	135	83	196	22
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Al cruzar la variable se observa que el orden de prioridades se mantiene en los distintos cruces, destacando la necesidad de profundizar en el área de Comunicación Interpersonal (cuadro 4.35)

Cuadro 4.36. Reagrupación temática del área principal en la que los/as consejeros/as señalan que necesitan profundizar para mejora su desempeño como consejeros/as según características específicas de las consejerías realizadas en los últimos tres meses (porcentajes)

	Características específicas de las consejerías realizadas en los últimos tres meses					
	Ninguna	Sólo pre test	Sólo entrega resultados	Pre test con entrega de resultados negativos	Pre test con entrega de resultados positivos	Todas las consejerías
No necesita profundizar		2,6		1,1		6,8
Conocimientos específicos	20	15,4	12,5	8,8		18,6
Comunicación interpersonal	75	59,0	62,5	65,9		37,3
Autoayuda		2,6	12,5	11,0		27,1
Estrategias preventivas	5	20,5	12,5	13,2	100	10,2
Total	20	39	8	91	1	59
% Col	100	100	100	100	100	100

El cuadro 4.36 muestra como se distribuyen las prioridades por profundizar ciertas áreas por parte de consejeros que realizan distintos tipos de consejerías.

Áreas que siente que necesita profundizar en alguna área para mejorar su desempeño mejor como consejero. En cuáles.

En las entrevistas en profundidad se mencionan varias áreas de conocimientos que sienten deben profundizar para realizar una consejería más profunda. Se mencionó las siguientes

- Más manejo en situaciones de crisis.
- Profundizar en los aspectos sociales, psicológicos *“Porque en el área científica hay un esqueleto bien armado y la información fluye con facilidad”, “Pero la parte psicológica... y como digo más antes que ahora, de todas formas uno se va tragando, y aunque uno no quiere, igual ve indefensión en algunos pacientes, en donde no han tenido culpa de nada, en el caso de los niños, como que el corazón se te acongoja más, de repente deberían apoyar, que por ejemplo lo de las asistentes sociales, que todo el día escuchando puros problemas deben tener algún”*
- En sexualidad y conductas sexuales. *“Yo soy vieja y me descubro trancas cuando hay gente que me cuenta tan abiertamente sus cosas. Yo disimulo para que la persona no se dé cuenta de que yo estoy impactada con el asunto”.*
- Sobre la homosexualidad. *“De las clases, los tipos, el tipo de desviación, lo que está dentro de lo normal y lo que no dentro de la homosexualidad. Hay un vacío en eso. Ellos tienen un amplio rango de lo que es normal. Es esa parte técnica. He ido a un montón de cursos y siempre quedo con esa duda. Están los HSH, los travestis, los trans, hay miles de categorías”.*

También se señalan necesidades que permitan trabajar mejor la el momento y tiempo que se tiene para la consejería. *“En la creatividad de la consulta misma y que va contra el tiempo”.*

Talleres para la puesta en común de experiencias. *“Siempre. Sería bueno que hubiera talleres, por lo menos una vez al año, de puesta en común. Porque manejamos información tan privada que no la puedo hablar con las chiquillas de acá, o con los auxiliares o en mi casa. Entonces a quién le cuento. Poder compartir “qué hiciste tú cuando te pasó esto” o cuando el paciente te dijo que se iba a morir. Encuentros de consejeros donde se hable acerca de qué está pasando, que yo sepa, no hay”.*

Percepción del impacto que tiene la consejería que realiza en la persona consultante

En consejeros/as hay diversas percepciones del impacto que tiene la consejería que se realiza, según lo mencionan en las entrevistas en profundidad. Los hay muy distintos *“Hay de todo. Hay gente que reconoce su conducta de riesgo y se comprometen con ellos a evitar o corregir. Hay otros que no están ni ahí y les tomamos cinco veces el VIH”.*

En general perciben que las personas que han consultado agradecen poder hablar de temas que no se pueden hablar en otra parte. *“Uno se refiere a un tema que nunca se ha tocado antes. Si uno nunca ha sido VIH y empieza a serlo de un día para otro tiene todo un camino por recorrer”, “Ni pensaban que el preservativo era tan importante. Tampoco sabían el manejo, el cuidado del preservativo. Pienso que eso más que nada”.*

La situación cultural influye en las respuestas que tienen de las personas que consultan. *“Los que tienen un mejor bagaje cultural van a entender mejor que los que son más limítrofes o con menos preparación. Muchos jóvenes están solos, son de fuera de Santiago, dejan el trabajo porque se sienten como perseguidos”.*

En general la gente se va tranquila: *“Es bueno para mí, para poder entregar un resultado y para ellos para enfrentarse al problema. Siente que uno les responde”.*

Volver a conversar con algún/a consultante

En algunos casos los consultantes vuelven a conversar con el/a consejero/a. En las entrevistas en profundidad se mencionan distintas situaciones:

- Algunos/as vuelven para conversar no sólo del VIH/SIDA sino también de otros temas. *“Muchas veces, la relación en general se mantiene”.*
- *“Vienen los que andan detrás de los informes, ya sea para los colegios, para sus trámites”.*
- Vuelven especialmente los/as consultantes que resultaron portadores *“Sí. Sobre todo pacientes a los que les hemos dicho que están positivos”, “Algunos vuelven por el tema de los condones y otros por otros exámenes”.* *“Vienen a retirar su tarjeta, con la que retiran medicamentos y que les sirve para la posta, para la hospitalización y para las otras las especialidades “.*
- Vuelven algunos /as consultantes que han tenido nuevamente situaciones de riesgo. *“Cuando tienen parejas nuevas vuelven. Y hay gente que sigue volviendo. Por ejemplo hay una chiquilla que es casada con un joven VIH positivo. Ella viene regularmente a hacerse el test. Ellos usan condón, pero él a veces le exige que no se lo ponga”.*
- Vuelven las personas homosexuales *“Porque encuentran un espacio de conversación...a conversar un rato”*
- También vuelven familiares de las personas portadoras.

Las principales dificultades que ha tenido para desempeñarse como consejero/a

Diversas dificultades en el desempeño como consejero/a son planteadas en las entrevistas en profundidad. Entre ellas sobresalen las siguientes:

- Las dificultades en establecer una relación fácil con los/as consultantes. Conversar y crear confianza con el usuario, paciente: *“A veces cuesta, articular temas de conversación con personas mayores, que la ven a una con muchos años de diferencia, qué me viene hablar usted sobre eso... cuesta un poco crear instancias de conversación ahí... ayer atendía a un señor de 53 años que vino a hacerse el examen... lo otro que*

cuesta es entregar los resultados post-test, cuando no se ha podido hacer una buena consejería pretest. Entonces cuando tengo que llevar un resultado después, porque yo siento que la consejería pretest es un colchoncito para que no sea tan difícil después. Ahora cuando este pretest no se ha hecho bien cuesta más. sobre todo cuando no se haya construido la confianza con los consultantes” “Mis trancas culturales con respecto a la sexualidad”.

- Problemas del espacio donde se hace la consejería. *“Acá llega mucha gente pero a preguntar por infecciones, no por VIH... es todo el día el teléfono... entonces de repente estar hablando con un paciente que se enteró de que es positivo... eso es terrible, porque uno sabe que necesita un espacio”, “Lo que me ha ocurrido con los pacientes que están hospitalizados en sala común, al no existir una sala más chica donde yo las pueda y no poder ellos trasladarse por ningún motivo, no puedo hacer una consejería porque del lado me están escuchando. Entonces hay que limitar mucho la conversación.”*
- Falta de tiempo para dar una mejor atención. *“Lograr la empatía, la falta de tiempo y necesidad de trabajar con y en los colegios y efectuar las consejerías”, “Hay dificultades al interior del equipo, porque si necesito 2 horas post test positivo, no puedo. Tengo 0.33 por paciente. Tengo tres pacientes por hora y los tengo citados. Entonces no puedo darme el gusto de tomarme el tiempo. Si me tomo dos horas, es porque a otra persona le corté la cola. Atendí tres en 5 minutos para tener más tiempo”.*
- Problemas asociados a la situación en que se hace las consejerías *“El delantal blanco es un limitador”, “El escritorio es limitador”, “No se puede fumar”.*
- Problemas institucionales que repercuten en la consejería. *“Que tiene varios jefes, o sea el trabajo tiene un carácter multicéfala”, “Validación institucional en el consultorio, el tiempo, el espacio, la validación institucional”, “En el caso del banco de sangre, que es una cosa que me complica mucho, la persona que llega acá llega sin conocimiento de lo que se le hizo y con el medio golpe que le voy a dar yo, porque soy yo la mala de la película. Esa es una cosa que no me gusta, que no se le de consejería en el banco de sangre”.*
- Falta de espacio para hacer trabajos de los consejeros en su preparación. *“Nosotros siempre estamos tratando de incorporar personas para hacer otros trabajos. Tenemos una persona que viene a hacer Reiki, también se hizo aromaterapia. Pero aquí no tenemos el espacio para hacer esos trabajos. No he tenido dificultades de otro tipo”.*

La evaluación que tiene de su experiencia en consejería

Las evaluaciones que hacen de la experiencia como consejeros/as, en las entrevistas en profundidad, son en general positivas. En general es un tipo de actividad que les gusta, es una buena experiencia y para algunos/as les ha cambiado la vida

Les gusta hacer consejería. *“Me gusta”, “Fantástica, me encanta. Creo que hay otro acercamiento a la gente. Mi acercamiento al mundo gay era lejano, mientras que ahora los siento cercanos, los siento personas. Que aman, que quieren ser felices”, “Maravillosa. Es un asunto de relación humana tan profunda y me encanta. Me reencanto con mi pega a propósito del VIH”, “Es buena. Me tiene muy satisfecha”.*

Es una buena experiencia. *“Es una buena experiencia. Se produce una buena comunicación con la persona que se está aconsejando. Las personas modifican conductas, hay reconocimiento a nuestro servicio. Ellos tienen una buena impresión de lo que hacemos. No falta quien hable cosas que no son, pero en general ha sido bonito”, “Bastante buena. La gente se va más informada y más tranquila. Aunque esté positiva, se logra dar esa posibilidad de otro camino aparte de la parte negativa de ser portador”, “Creo que buena, siga siendo un tema que me importa mucho, creo que es más fácil desarrollar la consejería actualmente que antes. Eso también. Lo puedo evaluar otras colegas que valoran mucho lo que hacemos con mi colega acá. Es algo que se ve y que se respeta mucho... es un error decir que uno sabe todo”.*

Me ha cambiado la vida. *“Ha sido una experiencia muy buena, creo que me ha cambiado la vida, un regalo, plantearme la vida de otro forma, poder apoyar a los pacientes, un regalo de Dios para mi”, “Me ha servido, para enfrentar la vida de manera diferente, o sea yo enfrente la vida de manera alegre, porque más que mirar lo que no tengo, miro lo que tengo, entonces al final, entonces yo me levanto contento”.*

V. GESTIÓN DE LA CONSEJERÍA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Este capítulo está estructurado a partir de cuatro apartados principales:

1. El ámbito institucional en que se realizan las consejerías
2. La toma de muestra de sangre para el test de ELISA en la institución
3. la Red de Consejeros/as para la prevención primaria de VIH/SIDA
4. Grado de satisfacción con las condiciones laborales y con la experiencia como consejeros/as.

En el primero se describe y analiza el contexto institucional en el cual se desarrollan las consejerías para la prevención primaria de VIH/SIDA. Se aborda la selección de los consejeros, las distintas actividades que realiza cada consejero/a, el lugar donde se implementan las consejerías y los principales problemas que se ha enfrentado en la institución donde se desempeñan las consejeras y consejeros.

En el segundo apartado se describe y analiza la toma de muestra de sangre para el test de ELISA en la institución donde se desempeñan como consejeros/as. Así, se aborda en qué instituciones se toman muestras, el seguimiento que se les realiza, y las principales restricciones que han debido enfrentar los/as consejeras en la toma de muestras.

En el tercero se describe y analiza el grado de conocimiento del funcionamiento de la Red de Consejeros/as para la prevención primaria de VIH/SIDA y la participación que tienen en ella. Se describe y analiza a los/as consejeros que conocen la red, los/as que participan y su grado de involucramiento. Por último, se incluye un breve apéndice sobre el trabajo en conjunto con FONASIDA y el impacto que tuvo, a juicio de los/as consejeros/as, la campaña comunicacional para la prevención masiva de VIH/SIDA (2003).

En el cuarto y último apartado, se describe y analiza el grado de satisfacción en el trabajo que tienen consejeros y consejeras a partir de dos dimensiones: satisfacción con las condiciones laborales y con la experiencia como consejeros/as.

1. Contexto institucional en que se realizan las consejerías

a) El lugar que ocupa y debería ocupar la consejería de prevención primaria del VIH/SIDA

En relación a este punto ya se avanzó en el capítulo II de este Informe. En éste capítulo se profundizará en algunos aspectos sobre su inserción y el lugar que ocupa y debería ocupar la consejería de prevención primaria.

- En el plano regional

Diversas opiniones dieron los/as Secretarios/as de Salud regionales y los/as entrevistados en profundidad sobre la consejería el papel que ocupa la consejería en el nivel regional.

Algunos/as nunca se han planteado el lugar de la consejería en prevención primaria del VIH/SIDA en su región. Les produce un interés que no tenía antes el preguntárselo. Afirman que, en general, desde su cargo no se cuestiona relativas al trato directo o cara a cara con el paciente, sino las líneas de prevención que abarquen al conjunto de la población o a poblaciones vulnerables. En ese sentido, la consejería no estaría dentro de esos criterios a considerar a nivel regional, sí a nivel de servicios.

La consejería, para otro/a, no ha sido incluida, no se ha puesto en los planes. *“Ya desde el año 2000, la consejería no ha sido incluida, no ha sido un tema que se haya incorporado en los planes”*.

Consideran los/as más que es muy importante este tipo de consejería, pero el sistema no está preparado para ello. *“El tema de la conducta sexual, las enfermedades crónicas y VIH, no está siendo considerado en la atención”*. Así como tampoco los servicios de salud no han recogido las medidas para implementarla. *“Entiendo que debe ser el lugar fundamental del apoyo estructurado e intencionado a cada persona, que la consejería va cerrando un ciclo de trabajo con una persona, el cara a cara, en la medida que complementa la información y que cambia todo a un plano más de introspección... lo que ocurre con los servicios de salud, es que han sido insuficientes en acoger estas medidas, tienen más bien posturas bastantes conservadoras y estructuradas y medicalizadas”*.

Los Seremis conocen de la consejería a través de los Encargado de los Programas de VIH/SIDA de lo servicios. *“Nosotros, por el rol que tenemos, trabajamos con los servicios y en ellos uno hay un encargado de los planes regionales, con ellos nos coordinamos para los planes, las actividades y a través de ellos nosotros tenemos la información”*.

Pero, según varios entrevistados, CONASIDA no habría convocado a los Seremi. *“Creo que podría haber modificaciones, CONASIDA en sus planes de preparación de consejería no ha convocado a las Seremis, lo que se vincula directamente con los servicios de salud”*.

Entre los problemas planteados por algún Seremi está el que no hay metas ni objetivos programáticos relativos a la consejería. No se conoce de evaluaciones de la consejería. *“Nunca se le ha planteado algo así desde el CONASIDA”*. *“Me gustaría conocer de evaluaciones, porque permitiría orientar las políticas y los recursos. No hay metas, ni objetivos programáticos relativos a la consejería con los cuales ellos deben cumplir. Nunca se le ha planeado algo así desde el CONASIDA”*.

Una opinión amplia asocia la consejería especialmente con matrones/as, como una actividad que ellos/as realizan y que no debería centrarse exclusivamente en ellos/as. *“Lo que se evidencia que esto esté en manos de las matronas, que tienen que ver con la parte genital, pero entiendo que ha habido una muy buena disposición de gente que está en el sector operativo... en un plano de trabajo con las personas y que se basa en la capacidad del otro para decidir, cosa que no es usual en el sistema sanitario”*, *“No centrarse sólo en las matronas sino en todos los profesionales de la salud. Lo que nosotros hicimos, y consideramos que fue bastante bueno, fue el potenciamiento que se hizo al tema de la consejería; no nos centramos sólo en matronas, si, en asistentes sociales, enfermeras, médicos, los menos”*.

- En los servicios de salud

Según los Encargados de Programa de los servicios de salud la consejería en prevención primaria es, para algunos/as fundamental en la prevención en de la población vulnerable en atención primaria. *“Fundamental, aquí lo que más tenemos fortalecido es la atención primaria”*. Es también la puerta de entrada y de pesquisa al tema del VIH a nivel de la red primaria y secundaria. *“Es la primera actividad que tiene que tener toda persona que acceda a un examen de VIH, yo creo que es la puerta de entrada a todo el tema del VIH, a nivel de la Red diría yo en la atención primaria, secundaria, de pesquisa y en los hospitales porque los servicios de urgencia también toman VIH”*.

La consejería sirve para ayudar a que el consultante tome conciencia, pero no siempre la toma. *“Es súper importante, porque se conversa de manera íntima, en donde se puede ayudar a que esa persona tome conciencia, no es decidora, yo he hecho muchas, en algunos casos le he hecho cuatro años seguido a una persona, y al cuarto año me ha llegado, viviendo con el virus, y eso me ha desmoronado, me he cuestionado todas las tonteras. Qué fue lo que no le di, quisiera cambiarle la cabeza, pero pienso que de todas formas, es una herramienta que le permite a la persona ver cómo vive, y cómo esa forma de vida incide en el riesgo. Se logra, en parte”*.

La consejería va dirigida a la persona, no tiene el efecto de una campaña. *“Tiene un lugar muy importante, pero eso va un poco más dirigido y personalizado, no tiene el efecto de una campaña... la consejería la veo como más dirigida a la persona que consulta”*.

En algunos servicios se ha formado a consejeros/as, porque está en el plan regional. *“Con este plan regional, directamente con los establecimientos de atención primaria, nosotros formamos consejeros 98, 2000, 2001, otros años los hemos hecho con las platas del servicio, pero a veces hemos planificado y la hemos tratado de incluir dentro del programa, en atención primaria, no priorizan la consejería, ellos tienen otras capacitaciones, es difícil hacerlo”, “Acá lo tenemos en los tres niveles, porque tenemos consejeros formados en todos los niveles, en la maternidad, en cirugía, en medicina y nosotros como estrategia hemos hecho talleres de sensibilización para los funcionarios del servicio de salud de los tres niveles”*.

Entre los directivos y encargados/as de Programas de Prevención en VIH/SIDA de los servicios se explica cómo está inserta la consejería. Según ellos/as la consejería se trabaja en distintos niveles, atención primaria, centros de ETS y SIDA y hay personas que fueron preparadas para ello. Se ha trabajado en la formación de gente, se han destinado algunos grupos específicos.

La consejería es en general voluntaria y transversal, se ubica en varios programas. En algunos servicios la consejería depende del Programa de la Mujer y se hace por las matronas, aunque los pacientes son en general hombres. *“Hasta donde yo entiendo, estas personas no tienen mayor problema en atenderse con matronas, aunque sean varones homosexuales no han mostrado inconvenientes”*.

En algunos casos ha ido pasando del consejero individual a una responsabilidad colectiva del equipo.

Hay personas que se han especializado en el tema y que en general informan.

Pero como la consejería en prevención primaria de VIH/SIDA no está en el formulario, no se hace. *“Se sacó del formulario y no está en los lineamientos la consejería, porque en el fondo lo que se hace es seguir el lineamiento y lo que dice en el formulario, la estructura es piramidal, así es que si se saca una cosa del formulario, la gente deja de hacerlo. En realidad, se dejó de hacer porque acortaron el formulario y porque el ministerio no priorizó la parte de consejería. Dos años atrás fue eso”*.

Según señalan algunos/as Encargados/as de programa de VIH/SIDA la consejería está programada en todas partes pero al no ser pagado no se prioriza

Los distintos servicios llevan registros, diversos entre sí, de lo que se hace en consejería y test de Elisa.

En general la consejería la hace cada profesional, sin estar incluida en un programa. *“Cada una la hace por su propia voluntad en el rol de la matrona”*. *Es vista por algunos/as más como una técnica de trabajo y no un actividad más, realizada especialmente por matrones/as. No se la reconoce como actividad. “A mi como matrona, la consejería es un instrumento... es muy importante, no se le ha reconocido como actividad. Se reconoce la matrona en la consejería, pero no el resto del equipo, como las asistentes sociales, la enfermeras, que hay que disfrazarlas para que se reconozca y le reconozcan el tiempo que involucra”*.

Los problemas y dificultades que se manifiestan por parte de directivos y Encargados/as de Programa de Prevención del VIH/SIDA de los servicios de salud están asociadas a los siguientes aspectos:

- En atención primaria no priorizan la consejería
- Problemas de disponibilidad de horas profesionales. *“En atención primaria hemos tenido problemas de disponibilidad de horas profesionales”*.
- No se ha insertado la consejería, los servicios no se han dedicado a la prevención en general. *“Es importante, tengo que hacer una mea culpa, no nos hemos preocupado de insertarla, más bien nos hemos preocupado de dedicarnos a la prevención con población vulnerable, sabemos que una incluye la otra. Bueno, lo dejamos de lado, porque en realidad nosotros cumplimos múltiples funciones, no nos podemos dedicar 100% al SIDA, como planes intersectoriales, a la parte de trabajar con población vulnerables: HSH, ETS, travestis, trabajadoras sexuales y ahora más con mujeres, con adolescentes”*.
- No se reconoce el trabajo de los/as consejeros/as. *“Poca preocupación por el funcionario. Dificultades para que te pasen y usar el dinero”*.
- Que no haya un programa, lo que es bastante criticable, generalmente se le hecha la culpa al Ministerio y muchas veces es de los servicios.
- Problemas con los proyecto porque no han tenido seguimiento en el tiempo. *“Una cosa que pueden ser buena, se deja de hacer. No tenemos aquí como servicio, alguna cosa que tenga proyección en el tiempo.”*
- No se ha hecho evaluación de la consejería. *“No hemos hecho evaluación de lo que hemos hecho, en el 2004, fortalecer a nuestros consejeros”*.

- La opinión de los informantes claves

Para algunos/as informante claves la consejería es una herramienta metodológica, una forma de acercamiento al usuario, abre espacios de conversación. *“Una forma de acercamiento en un diálogo entre dos personas entre el consejero y un usuario de la consejería, por lo tanto es una herramienta, una metodología, es muy antigua y tiene un desarrollo que ha sido relacionada con situaciones postraumáticas en el mundo, como herramienta en el VIH ha sido abordada desde lo individual”*.

La consejería ha ido adquiriendo una relevancia cada vez mayor, porque se han ido perfeccionando las estrategias del enfrentamiento de la epidemia.

Señalan que mientras hay consejeros en los hospitales no dan abasto los de los consultorios están con tiempo ocioso. *“Me parece que ahí hay algo que no anda bien, hay algo que corregir”*.

Todavía la consejería está en la trastienda de los encargados de salud, pese a la importancia que tiene. *“Está planteada como herramienta muy importante de prevención en todos los niveles, sin embargo, lo que percibo, está todavía en la trastienda de los encargados de salud, de hecho por que hay mucho conflicto en la implementación de ésta en los servicios de salud”*.

La prioridad de las consejerías pasa por un tema de voluntad de las autoridades. *“Generalmente cuando surgen las peticiones de consejería, siempre depende de la persona que esta a cargo”*.

Según algunos/as la consejería es un programa que se hace muy a pulso. No tienen claro cuan eficaz y eficiente es la consejería. *“De acuerdo al esfuerzo de las personas que están comprometidas pero que no tiene, por lo menos en el sistema público, un lugar diría yo validado por los directivos”*.

Entre los informantes claves se reconocen esfuerzo de parte de CONASIDA. *“Entiendo que CONASIDA tiene toda la intencionalidad, pero los directores de servicio no dan ni recursos ni infraestructura muchas veces, para que los consejeros puedan funcionar de una manera mas o menos normal”*. Pero perciben algunos/as una brecha entre teoría y práctica en relación a la consejería de parte de CONASIDA. *“Desde CONASIDA tiene un buen lugar, ahora cuán real es ese lugar; o sea una cosa es lo teórico y otra cosa es lo que sucede, yo creo que la brecha entre la idea y lo que dicen los documentos versus lo que pasa en la realidad es bien amplio”*.

CONASIDA debería haber participado de los objetivos programáticos desde el 99. *“Esto tiene que ver con la forma en la que CONASIDA está concebido. CONASIDA debería haber participado dentro de los objetivos programáticos de la atención primaria. No lo ha hecho nunca”*.

Entre los problemas que se plantean, algunos/as Informantes claves señalan que falta rigurosidad del CONASIDA. *“El gran dilema es por qué la implementación de la consejería parte por la voluntad personal de quienes dirigen los servicios. Se ha dado demasiada autonomía a los servicios”*.

Pero pese a la importancia que le reconocen a la consejería se señaló por alguno/a que no se ha demostrado la efectividad de la consejería y es una de las razones por la que no se llevó al FONASA. *“El que en el mundo no haya estado demostrado la efectividad de la consejería en los primeros años, llevó a no hacer los trámites con FONASA para colocarlo dentro del arancel”*.

En relación a la inclusión en la programación de los servicios y consultorios se señala que en general, la consejería no está en el paquete de la programación, no se le da prioridad a las horas, ni a ese tipo de atención. *“Sin embargo, el VIH es transversal, por lo que si tienes consejería de adolescente como prestación dentro de la canasta, tú perfectamente puedes meter el VIH ahí, no se ha hecho por una cuestión operativa de cada servicio”*.

Pese a que pasó el tiempo más difícil todavía hay rasgos de discriminación en el tratamiento del SIDA por los servicios. *“Creo que todavía hay un rasgo de discriminación ante el tema, gente que tiene un grado de rechazo al SIDA, considerando que es una epidemia que está concentrado en algunos lugares y lo que se hace es que se priorizan algunas cosas frente a otras... al programa de la mujer, cáncer cérvico uterino... no entiendo por qué si siendo un programa tan importante no se le da la importancia que tiene, pero siento que todavía existe un grado de discriminación y rechazo... todavía está arraigado que el SIDA afecta a determinadas personas, que no es una situación que afecta a toda la población”*.

La sustentabilidad de la consejería en los servicios de salud

La cuestión de la sustentabilidad de la consejería es un aspecto que no está ni muchos menos claro por parte de los directivos de los servicios. Esta es una actividad que no está en general programa, no tiene mayores recursos, que los consejeros/as hacen en cierta medida por propia voluntad pues los horarios no están adaptados a ella, entre otras de las características que ya han constatado.

Algunos/as no tienen claro cómo se sustenta la consejería en sus servicios. *“No lo tengo claro. En realidad no lo tengo claro, sé que el Ministerio está destinando mucha plata pero para tratamiento”*. *“Estoy recién llegando, así es que voy a hacer algunos cambios y en ese contexto, quiero instalar más recursos, pero primero mirar en conjunto el problema”*.

Para otro/a directivo de servicio de salud su sustentabilidad está dada porque la gente que la hace está convencida de su importancia y están en sus actividades programadas. *“En general, yo creo que se mantiene porque la gente está convencida que es importante, pero también falta mucha respuesta, es decir que nos es tan eficaz como uno esperaría”*.

En algún caso el lugar donde se hace consejerías es una unidad distinguida del resto, tiene presupuesto, profesionales, vínculos con la subdirección médica y administrativa para solucionar problemas tiene los mismos problemas de las otras unidades de funcionamiento regular.

Propuestas acerca de la consejería de prevención primaria de VHI/SIDA

Propuestas desde los Seremis:

- Los/as Seremis deberían conocer el sistema, según varias opiniones. *“Yo veo que no es necesario que las/los Seremis se preparen como consejeros, pero desde el conocer el sistema, a nuestros consejeros, si. Esto afecta los planes de prevención, nosotros tenemos integrados algunos consejeros, porque si nosotros sabemos la podemos incluir más, con tareas muchos más específicos”*.
- En ese sentido estiman que políticas tienen que ser diseñadas por una autoridad sanitaria que lo pueda ejercer.
- Para algunos/as la consejería debería ser el recurso que articulara la prevención *“La articulación o las patas en el plan de prevención. Un lugar destacado e importante que se debiera conectar en cualquier momento con la red nacional de consejeros”*.
- Convencer a las autoridades para conectar a los que definen las políticas y los que las implementan se plantea desde las Seremis. *“Siento que es necesario establecer una conexión mayor entre las personas que hacen las políticas ministeriales y quienes están en las trincheras, siento que en el Ministerio que las cosas van súper desconectados... la gente que está cargo, poco cachan sobre el tema”*.
- Que CONASIDA sea un programa. *“Probablemente si CONASIDA fuese un programa, la gente lo vería de manera más armada... es que se establecerían parámetros muy amplios y diversos, los servicios no se quieren hacer cargo”*.
- Estiman que deberían participar más en este tipo de actividad, impulsando y apoyando su desarrollo.

Propuestas desde los servicios de salud

- Debería, según algunos/as ser obligatoria. *“En toda la parte de control de adolescentes, en ETS, en toda la gente que tiene vida sexual activa, en el programa del adulto, así como en el ESPA”*.
- Tendría que ser un programa. *“Tendría que ser un programa totalmente aparte, para todas las edades, que le dé valor y a las personas que puedan hacer cursos, definir horarios, que se defina y que se generen criterios acerca de cómo debiera operar la consejería”*.
- Que paguen por la consejería, que aparezca en FONASA *“Con luca que paguen”, “La consejería debería aparecer en FONASA ahí pagada, pero debería ser una actividad que por su envergadura, debería ser pagada. Esto hace un tiempo también se converso, pero no llegó a nada”*.
- CONASIDA debe plantear normas y protocolos para la consejería, profesionalizarla. *“Con CONASIDA, que haya más fluidez en la relación, en salud estamos acostumbrados a normas y protocolos de consejería, sería harto bueno en profesionalizarla. El SIDA no es prioridad, debería serlo. Lo otro, es que CONASIDA a veces, que deberían seguir los conductos regulares, se comunican directamente con los consejeros y nosotros quedamos al margen”*.
- Fortalecer la RED. *“Hemos formado consejeros, nos falta, fortalecer la Red, que haya más coordinación”*.

- Incentivar la consejería de pares. lo que nos falta es la consejería de pares, hemos tenido la experiencia con monitoras de comercio sexual, que han hecho consejería, también masculino
- Formación teórica con pasantías. *“Hay que fomentar la formación teórica con pasantía, es básico, por lo que te decía anteriormente”*.
- Incentivar la formación de consejeros voluntarios con apoyo psicológico.
- Para mejorar la Consejería es necesario mayor apoyo psicológico a los equipos. Entregar herramientas de autocuidado y acompañamiento.

Propuestas desde los informantes claves:

- Abrir espacios donde las personas puedan conversar de su sexualidad con personas que tenga motivación y conocimiento sobre el tema. *“No necesariamente con expertos, con psicólogos, orientadores, psiquiatras, sino que con cualquier persona que pueda cumplir un rol de escucha activa, de empalazar, que tenga conocimientos, que tenga una experiencia en el tema, una vivencia personal, que tenga una motivación que lo lleve a realizar la consejería creo que estaría capacitado para ser un buen consejero”*.
- Puede ser la puerta de entrada al sistema de alguien que este viviendo con el virus. *“Puede ser la oportunidad que en forma individual y confidencial uno pueda entregar elementos que le permitan a las personas tomar medidas preventivas de acuerdo a las conductas sexuales que tiene, en un marco de confidencialidad, a lo mejor esa persona, no lo va tener en otro espacio...”*
- Debiera ser la punta de lanza de la prevención. *“Es una de las mejores herramientas que hay, por lo tanto debería tener una prioridad mucho mas alta de la que tiene”*.
- Tendría que estar en este nuevo proceso de reforma y dentro de las redes asistenciales.
- Debe ser parte de un plan de salud pública, en la nueva organización que se le está dando al Ministerio de Salud. *“La metodología, el derecho de las personas a la confidencialidad, a esta oportunidad de encuentro tiene que ser parte de un plan de salud pública. La parte operativa puede ser que no tenga la red asistencial, pero la difusión de los derechos de los ciudadanos, me parece que debería estar en ambas partes... dentro de quien tenga la autoridad sanitaria regional a cargo, la parte de la planificación y qué se yo... la consejería está ligada con estos dos ámbitos: con la red asistencial y con la autoridad sanitaria”*.
- Es necesario darle mayor importancia a la consejería en la red asistencial. *“La ubicación de los consejeros en la red asistencial; en diversos proyectos de prevención primaria”*.
- La consejería debería ser parte de los objetivos programáticos de la atención primaria. *“Creo que un gran objetivo a hacer es ingresar a los objetivos programáticos de atención primaria. En algún momento, se calculó el costo de una consejería versus el de la terapia”*.
- Seremis o los Encargados de programa tienen que dar las facilidades para que se desarrollen las consejerías.
- Es necesario contar con una fuerza de consejería cuantitativa y cualitativamente bien preparada para hacerse cargo de la creciente magnitud de la epidemia y de los requerimientos que esta le plantea a la consejería para la aspiración de control de la epidemia.

- Debería haber una línea de salud sexual o en sexualidad y que de ahí se pudieran bajar distintas consejerías, poner protocolos mínimos, consejerías en iniciación sexual, de mujeres en el climaterio, de las personas discapacitadas...
- Debería haber más especificidad en lo rural. *“No sé si esto se está cumpliendo en lo rural, creo que debería, más especificidad, se debe trabajar el tema de lo rural”.*
- Trabajar el burn out. *“Hay que trabajar el tema del burn out, que es el hecho de que si eres capaz de trabajar con la gente o te transformas en el cura confesor”.*
- *“Reglamentar la consejería, no la sexualidad. Hacer un ordenamiento. Implementar un programa de consejería, no es reglamentar la sexualidad, esto funciona así y punto. No tiene que ver con normar la sexualidad de las personas, es en relación a un ordenamiento que hay que hacer en el servicio en cuanto a personas, horarios, lugares... veo que falta un poco de rigurosidad en los programas y fiscalizar que funcionen de esa manera”.*

b) Las formas de selección de los/as consejeros/as

Aproximadamente la mitad de los/as consejero/as actuales se presentó por iniciativa propia para hacer consejería. En un 40% la institución en la que trabaja le asignó la tarea. Los/as otros/as (13%) negociaron su incorporación (cuadro 5.1).

Entre los que hacen consejería es mayor la proporción de los/as consejeros/as entre quienes se han iniciado en los últimos 2 años, trabajan en consultorios, se desempeñan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (cuadro 5.1).

Cuadro 5.1. Forma de selección para desempeñarse como consejero/a.
Totales y según años como consejero/a, lugar donde realiza consejerías y regiones con alta incidencia de casos de VIH (porcentajes)

	Total	Años como consejero			¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones alta incidencia de casos de VIH	
		< 2	2 a 5	5 o +	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Postulé por iniciativa propia	48,4	56,1	46,8	46,5	40,3	53,7	47,4	51,9	42,9
Por decisión de la institución	38,4	29,3	40,5	40,4	44,2	35,0	36,8	34,8	44,0
Negociación	13,2	14,6	12,7	13,1	15,6	11,4	15,8	13,3	13,1
Total	219	41	79	99	77	123	19	135	84
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

c) Las actividades que los/as consejeros realizan además de las consejerías para la prevención primaria de VIH/SIDA

Para indagar el nivel de carga de trabajo que tienen los/as consejeros/as, además de las consejerías para la prevención primaria (realización simultánea de una o más actividades), se elaboró una lista de catorce actividades. Para la confección se siguió los mismos criterios utilizados en las actividades de consejería cara a cara señalados en ese capítulo.

La lista incorpora actividades de seis dimensiones diferentes

- coordinación, gestión e investigación
- atención de enfermedades de transmisión sexual
- realización de otras consejerías y transmisión de conocimientos, y
- trabajo en laboratorio³⁰.

Las actividades señaladas son las siguientes:

- Consejería telefónica
- Consejería de prevención secundaria
- Atención de ETS
- Control de Salud Sexual
- Atención de pacientes (aparte de las consejerías)
- Realización de pruebas y análisis en laboratorios
- Toma de exámenes (sanguíneos y no sanguíneos)
- Coordinación de programa y/o actividades
- Asesorías en salud mental
- Planificación actividades
- Apoyo a la gestión en la unidad
- Formación a otros consejeros
- Docencia / Investigación
- Actividades administrativas (papeleos, informes, etc.).

Al analizar la información se observa que existe gran variabilidad en la proporción de encuestados que realiza las distintas actividades. Mientras hay actividades que son realizadas por una alta proporción de consejeros/as (9 de 10) otras son realizadas por una proporción muy baja (1 de 10).

³⁰ La “idoneidad” de estas dimensiones fue medida a través de un análisis factorial utilizando el método de extracción de Análisis de los Componentes Principales y el método de rotación Varimax con normalización de Kaizer.

Cuadro 5.2. Principales actividades realizadas por los/as consejeros/as además de realizar consejerías. Totales y según años como consejero/a, lugar donde realiza las consejerías y sexo (porcentajes)

	Total	Años como consejero			¿Dónde realiza Ud. las consejerías?		
		< 2	2 a 5	5 y +	Hospital	Consultorio	Otro
Consejería telefónica	10,6	4,9	5,1	17,2	17,1	4,1	26,3
Consejería de prevención secundaria	31,2	19,5	29,5	37,4	42,1	19,5	63,2
Atención de ETS	65,6	58,5	61,5	71,7	59,2	69,1	68,4
Control de Salud Sexual	44,5	46,3	43,6	44,4	44,7	44,7	42,1
Atención de pacientes (aparte de las consejerías)	90,4	90,2	88,5	91,9	88,2	94,3	73,7
Realización de pruebas y análisis en laboratorios	15,6	17,1	12,8	17,2	22,4	10,6	21,1
Toma de exámenes (sanguíneos y no sanguíneos)	47,7	51,2	42,3	50,5	56,6	45,5	26,3
Coordinación de programa y/o actividades	78,9	73,2	76,9	82,8	76,3	79,7	84,2
Asesorías en salud mental	26,1	29,3	21,8	28,3	22,4	27,6	31,6
Planificación actividades	75,2	75,6	66,7	81,8	72,4	75,6	84,2
Apoyo a la gestión en la unidad	78,4	82,9	74,4	79,8	77,6	78,0	84,2
Formación a otros consejeros	30,7	14,6	23,1	43,4	38,2	20,3	68,4
Docencia / Investigación	83,5	78,0	82,1	86,9	84,2	81,3	94,7
Actividades administrativas (papeleos, informes, etc.)	43,1	24,4	43,6	50,5	52,6	34,1	63,2

Se pueden distinguir tres grupos de actividades según la proporción de consejeros/as que las realiza

Las que lleva a cabo la mayoría de los/as consejeros/as (8 de cada 10 consejeros/as):

- “Atención de pacientes (aparte de las consejerías)”
- “Docencia / Investigación”
- “Coordinación de programa y/o actividades”
- “Apoyo a la gestión en la unidad”
- “Planificación actividades”

Las realizadas entre el 40 y 69% de los/as consejeros/as

- “Atención de ETS,
- “Toma de exámenes (sanguíneos y no sanguíneos)”
- “Control de Salud Sexual”
- “Actividades administrativas (papeleos, informes, etc.)”.

Las que son realizadas por pocos/as consejeros/as

- “Consejería de prevención secundaria”
- “Formación a otros consejeros”

- “Asesorías en salud mental”
- “Realización de pruebas y análisis en laboratorios”
- “Consejerías telefónicas”

d) Participación de consejeros/as en Programas de Salud Pública

Una proporción importante de los/as consejeros/as participa de Programas de Salud Pública (cuadro 5.3). El Programa de la Mujer tiene el nivel mayor de participación.

Cuadro 5.3 Participación en distintos programas. Total, según lugar donde se realizan las consejerías y sexo. (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Sexo	
		Hospital	Consultorio	Otro	Hombre	Mujer
Programa de la Adolescencia	55,3	37,7	69,1	36,8	34,1	60,1
Programa de la Mujer	70,3	58,4	81,3	47,4	61,0	72,5
Programa del Adulto	49,3	32,5	61,0	42,1	61,0	48,3
Otros Programas	34,2	26	36,6	47,4	17,1	37,6
Total	219	77	123	19	41	178
% Col	100	100	100	100	100	100

e) Supervisión de la actividad de consejería

Casi la totalidad de los/as consejeros/as (9 de 10) señaló que su desempeño como consejero no es supervisado por nadie (cuadro 5.4).

Cuadro 5.4. Proporción de consejeros/as que señaló que alguien supervisa su desempeño como consejeros/as. Total y según regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (porcentajes)

	Total	Regiones con alta incidencia de casos de VIH	
		Sí	No
Si	7,8	3,0	15,5
No	92,2	97,0	84,5
Total	219	135	84
% Col	100	100	100

f) Sistema de tutorías y de pasantías

La mayoría de los/as encuestados/as (7 de 10) señaló que en la institución donde se desempeñan como consejeros/as no existe un sistema de tutorías ni de pasantías para la formación de consejeros/as (cuadro 5.5).

**Cuadro 5.5. Instituciones donde existe un sistema de tutorías y de pasantías.
Total y según lugar donde se desempeñan y regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA.
(porcentajes)**

		Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH	
			Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Tutorías	Si	11,9	10,4	10,6	26,3	17,0	3,6
	No	73,5	72,7	76,4	57,9	72,6	75,0
	No se	14,6	16,9	13,0	15,8	10,4	21,4
Pasantías	Si	9,1	7,8	8,1	21,1	8,1	10,7
	No	77,6	80,5	78,0	63,2	80,0	73,8
	No se	13,2	11,7	13,8	15,8	11,9	15,5
Total		219	77	123	19	135	84
% Col		100	100	100	100	100	100

g) Existencia de sala de espera especial para quienes van a las consejerías

En la mayoría de las instituciones donde se desempeñan los/as consejeros/as no existe una sala de espera especial para los/as consultantes (cuadro 5.6)

**Cuadro 5.6. Existencia de una sala de espera especial para quienes van a consultar sobre VIH/Sida.
Total y según lugar donde se desempeñan los/as consejeros/as
(porcentajes)**

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?		
		Hospital	Consultorio	Otro
Si	10	18,2	3,3	21,1
No	90	81,8	96,7	78,9
Total	219	77	123	19
% Col	100	100	100	100

h) Los principales problemas a los que deben enfrentarse los/as consejeros en sus lugares de trabajo

Como forma de indagar en los problemas a los cuales se deben enfrentar los/as consejeros/as se elaboró una lista con dieciséis problemas que siguió los mismos procedimientos descritos con anterioridad para su selección, que fue pre testada y aprobada por la contraparte técnica del estudio, como toda las listas que se confeccionaron para este estudio.

Los problemas que se presentan en el ejercicio de la consejería se agrupan en:

1) Sin problemas:

- En mi institución no he enfrentado ningún problema

2) Carencias de apoyo psicológico:

- No existe un servicio de apoyo psicológico dirigido a los consejeros
- Sentirse estresado y/o agotado emocionalmente debido al hecho de trabajar como consejero/a

- Sentirse estresado y/o agotado por la sobrecarga de trabajo
- 3) Falta de reconocimiento de su trabajo como consejero/a
- En esta institución no hay otro consejero/a con quien conversar sobre lo que pasa en las consejerías
 - Las autoridades de la institución no reconocen el valor de mi trabajo como consejero/a
 - Los funcionarios/as de la institución no reconocen el valor de mi trabajo como consejero/a
 - En mi institución me discriminan por trabajar en consejerías VIH/Sida
- 4) Falta de materiales:
- No hay un lugar adecuado para realizar las consejerías (que asegure confidencialidad e intimidad)
 - No hay suficientes condones para realiza demostraciones
 - No hay suficientes condones para entregarle a los y las consultantes
 - No hay suficiente material para la difusión (folletos, trípticos, etc.)
- 5) Carencias institucionales
- La institución no apoya para que la consejería dure el tiempo necesario caso a caso
 - Las consejerías no se programan en mi institución
 - No se destinan horas especiales para realizar las consejerías
 - Las actividades de consejería no tienen financiamiento

A las personas que respondieron la encuesta se les solicitó que marcaran los problemas, que se les presentaban en su actividad de consejería en un orden primer problema en importancia hasta un cuarto. Sólo una pequeña proporción respondió que *“En mi institución no he enfrentado ningún problema”* (5,5% para el primer problema y de 3,7% para la totalidad de las respuestas).

Los problemas más frecuentemente mencionado por los consejeros fueron (cuadro 5.7):

- *“No existe un servicio de apoyo psicológico dirigido a consejos/as”*
- *“No hay un lugar adecuado para realizar las consejerías (que asegure confidencialidad e intimidad)”*
- *“No hay suficiente material para difusión (folletos, trípticos, etc.)”*
- *“No se destinan horas especiales para realizar las consejerías”*
- *“No hay suficientes condones para entregarle a los y las consultantes”*
- *“Las actividades de consejería no tienen financiamiento”*
- *“Sentirse estresado/a y/o agotado/a por la sobrecarga de trabajo”*

Cuadro 5.7. Problemas a los que los/as consejeros/as se han enfrentado en su lugar de trabajo por orden de importancia asignado (porcentajes)

	Problema Principal	Segundo Problema	Tercer Problema	Cuarto Problema	total respuestas
En mi institución no he enfrentado ningún problema	5,5	2,8	1,4	5,0	3,7
No existe un servicio de apoyo psicológico dirigido a los consejeros	15,1	6,9	6,4	11,5	10,0
Sentirse estresado y/o agotado emocionalmente debido al hecho de trabajar como consejero/a	2,8	2,8	8,3	5,5	4,8
Sentirse estresado y/o agotado por la sobrecarga de trabajo	11,0	7,3	4,6	7,3	7,6
En esta institución no hay otro consejero/a con quien conversar sobre lo que pasa en las consejerías	3,2	3,2	3,7	4,1	3,6
Las autoridades de la institución no reconocen el valor de mi trabajo como consejero/a	4,1	2,8	3,2	7,3	4,4
Los funcionarios/as de la institución no reconocen el valor de mi trabajo como consejero/a	0,5	2,8	3,7	2,3	2,3
En mi institución me discriminan por trabajar en consejerías VIH/Sida	0,5	0,9	0,5	3,2	1,3
No hay un lugar adecuado para realizar las consejerías (que asegure confidencialidad e intimidad)	13,8	11,0	11,0	4,6	10,1
No hay suficientes condones para realiza demostraciones	2,8	6,9	6,0	4,1	4,9
No hay suficientes condones para entregarle a los y las consultantes	9,2	11,9	9,6	4,1	8,7
No hay suficiente material para la difusión (folletos, trípticos, etc.)	5,0	14,7	14,2	6,0	10,0
La institución no apoya para que la consejería dure el tiempo necesario caso a caso	2,8	3,2	3,7	3,7	3,3
Las consejerías no se programan en mi institución	6,9	6,9	6,0	6,0	6,4
No se destinan horas especiales para realizar las consejerías	7,3	13,8	10,6	11,9	10,9
Las actividades de consejería no tienen financiamiento	9,6	2,3	7,3	13,3	8,1
Total	218	218	218	218	872
% Col	100	100	100	100	100

Agrupados los problemas, según el criterio antes mencionado, se constata el principal problema que enfrentan los/as consejeros/as en su actividad de consejería están asociados, en proporciones semejantes, a la ausencia de apoyo psicológico, falta de materiales y carencias institucionales para el reconocimiento de la consejería (cuadro 5.8)

Cuadro 5.8. Reagrupación temática de los cuatro problemas principales que han debido enfrentar los/as consejeros/as en sus lugares de trabajo según orden de importancia asignado (porcentajes)

	Problema principal	Segundo Problema	Tercer Problema	Cuarto Problema	Total respuestas
Sin problemas	5,5	2,8	1,4	5,0	3,7
Apoyo psicológico	32,1	20,2	22,9	28,4	25,9
Reconocimiento	5,0	6,4	7,3	12,8	7,9
Falta materiales	30,7	44,5	40,8	18,8	33,7
Institucional	26,6	26,1	27,5	34,9	28,8
Total	218	218	218	218	872
% Col	100	100	100	100	100

En el cuadro 5.9 se observa como varían los problemas según sea el lugar en que se realiza la consejería, la región y los años como consejero

Cuadro 5.9. Reagrupación temática del problema principal al que se han enfrentado los/as consejeros/as en sus lugares de trabajo, según lugar donde trabajan, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y años como consejeros/as (porcentajes)

	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH		Años como consejero		
	Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No	< 2	2 a 5	5 y +
Sin problemas	7,9	4,9		4,4	7,2	2,4	7,7	5,1
Apoyo psicológico	25,0	35,0	42,1	29,6	36,1	26,8	29,5	36,4
Reconocimiento	7,9	3,3	5,3	6,7	2,4		6,4	6,1
Falta materiales	34,2	30,1	21,1	34,8	24,1	36,6	28,2	30,3
Institucional	25,0	26,8	31,6	24,4	30,1	34,1	28,2	22,2
Total	76	123	19	135	83	41	78	99
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

Los/as consejeros/as en las entrevistas en profundidad plantean con especial énfasis los problemas y dificultades que tienen el ejercicio de la consejería, especialmente en el orden institucional y las condiciones de trabajo.

1) Problemas relativos a las condiciones de trabajo: tener horario y horas definidas para hacer la consejería. *“Las enfermeras tienen que tener horarios, como lo dice la normativa del Ministerio, pero nunca se ha logrado, creo que es voluntad del ministerio... ellos siempre mandan normas, pero estas no se cumplen”, “La debilidad más grande es el asunto tiempo, es muy limitado y hay consejerías que necesitan más tiempo; especialmente en los consultorios de atención primaria”.*

2) Falta normativa en relación a la institucionalización de la consejería, la normativa. *“En relación al VIH hay muy pocas normativas”, “debe existir umbrales de cumplimiento, qué espera de nosotros en CONASIDA en cuanto a consejería,”*, *“Lo que pasa es que la gente que trabajamos en salud, nos guiamos por normas, por guías de salud, y cuando nos encontramos con CONASIDA, nos encontramos con algo desordenado, que no se establecen normas... tantos problemas, no llegaban los medicamentos, cuántos enfermos se murieron esperando sus medicamentos... dar consejería de adherencia a los pacientes que no les llegaban los*

medicamentos era terrible, eso lo hemos sufrido todas las personas que hemos estado trabajando”, “me dijeron, ‘es que usted quiere que se norme la sexualidad’, no, lo que yo quiero es que norme el trabajo que se hace en sexualidad”.

3) La falta de protocolos y garantía en la consejería deja a los funcionarios en una condición precaria. *“La garantía y la seguridad que el servicio les da a los profesionales, aparte de seguir el protocolo de accidentes, si tu tienes la mala suerte de contagiarte, es re’ poca, sólo lo que podemos hacer”.*

4) La ausencia de un registro de consejeros/as. *“Lo que pasa es que hay muchos consejeros trabajando, lo importante es registrarlos, saber quienes somos, articularlos”, “Mucha gente se va”.*

5) Desde el CONASIDA no han puesto especial énfasis para establecer una normativa que permita una consejería reconocida y valorada. No ha habido presencia de ellos en hospitales. *“Esa es una queja permanente en la gente...siempre nos dicen que tenemos que convencer a sus autoridades, el problema es que yo creo que hay otras prioridades también y como no hay una fuerza detrás, el programa no ha tenido fuerza desde el Ministerio como otros programas... si fuera yo, haría haciendo presencia en los hospitales, como lo hizo este programa, ellos se recorrieron todos los hospitales, hablando con los directores, mandando cartas, formando equipo... ellos nunca han ido a los hospitales, nunca en los doce años que estoy ejerciendo... a mi me encantaría, pero no hay plata, no hay tiempo”.*

i) Recursos destinados por los servicios de salud a la consejería

Según los/as directores y encargados/as de programas de prevención de VIH/SIDA de los servicios de salud los recursos son escasos para hacer consejería, en algunos no tienen recursos disponibles. Estas opiniones son semejantes a las respuestas de consejeros/as a la encuesta.

Más que nada cuentan con recursos humanos, que a veces son estigmatizados. *“Las dos personas que están en el tema, y los demás, destinados por cada uno de los municipios... eso lo define la corporación. Lo otro se hace desde aquí y se entrega a los consultorios”, “Hay suficientes...no tanto de recursos humanos propiamente tal, ha habido una instalación del tema, como una preocupación bien instalada”, “El recurso humano, probablemente, con conocimiento y preparación, es el más escaso. Además que el mismo equipo de salud, se tiende a estigmatizar”.*

No hay apoyo de tipo psicológico para los/as consejeros/as. *“Formal, no. Es una falencia del sistema que no protege a las personas, es fuerte el desgaste, porque no es fácil decirle a una persona que es cero positiva, hay que tener una contención tremenda.”, “No, hacemos talleres del manejo del estrés y de Reiki, pero es lo que la gente espera”.*

Han pedido apoyo psicológico. *“Lo hemos pedido, pero nunca nos han dado una respuesta positiva”, “Me cuesta entregarle la responsabilidad a otros, por una parte es de ellos, pero al verlos en riesgo, siento una mayor responsabilidad de la cual no tengo control. Cuando el otro no cumple, me da una rabia terrible, le trato de decir que por qué siguió siendo riesgoso. Y*

seguimos pese a eso los compromisos que firmamos en un comienzo, nosotros ofrecemos las drogas, no lo obligamos, y si dice que sí, recién se pide. Miles de veces lo hemos pedido, pero nunca han dado una buena respuesta”.

Se dio apoyo psicológico en pocas oportunidades. “Un sólo año, el 2001, pero en realidad se hizo a nivel regional. Ahí fueron pocos consejeros. Es necesario, se podría hacer. Cuando un profesional lo requiera, por lo menos tener la opción de entrevistas con psicólogos. No, se hace actualmente, pero lo hicimos, lamentablemente el psicólogo tienen pocas horas en el apoyo. El problema es del tiempo.”. “Se hizo en dos oportunidades”.

Se ha trabajado con proyectos para hacer campañas para sensibilizar. “Hemos hecho sensibilización hemos trabajado con CEMERA en dos proyectos intersectoriales de VIH, más abocado con lo que es sexualidad adolescente, y hemos aprovechado esa instancia para meternos en los colegios, hemos trabajado con la comisión mixta de salud y educación y además hemos sensibilizado a los alumnos, ellos llegan a los servicios a hacerse los exámenes”.

No hay ningún recurso presupuestario para eso, como actividad de servicio no, pero aparecen desde otras partes. “En realidad no existen propiamente tal”, “No mucho, este es un servicio que tiene una gran deuda hospitalaria”, “No hay recursos destinados, pero sé que hay recursos y que hay gente trabajando dentro de su rol de tratantes”, “No conozco, pero entiendo que son pocos. Fundamentalmente, con elementos de apoyo. Son recursos del CONSIDA y no del servicio”.

Los preservativos se sacan de otros programas, o no son suficientes los que entrega CONASIDA. “Los condones, llegan desde paternidad responsable y desde el VIH/SIDA... se le entregan a las personas, se entregan como 8 o 10... cuanto entreguen también es decisión local” “Todos los meses se está enviando un número de condones a cada establecimiento... ahora puede ser insuficiente también... están también las necesidades de las mujeres que no se quieren embarazar”, “En realidad, nunca hemos comprado como servicio preservativos, salvo los de prevención que tienen un financiamiento especial. CONASIDA, durante un tiempo mando grandes cantidades para entregar a los consultantes de ETS, a la gente que voluntariamente se hace el examen y también a la gente del comercio sexual, se les entregaba unos diez o veinte al mes. En los últimos tres años los preservativos que ha enviado CONASIDA ha sido mínimo, y los hospitales no han comprado”.

Se apoya con reparto de condones. “Se compró condones para apoyar la campaña. El reparto de condones lo hemos descentralizado de las matronas, que sea todos los niveles. Tenemos separado en farmacia, consejería, ETS, fertilidad. Se dan como diez, cada vez que viene. En general es poco aceptado por el hombre, es fregado. En VIH, localmente damos 12, pero está instaurado con 8. Nosotros a pesar de la campaña, durante todo el año estamos en eso”.

Cantidad de preservativos son Insuficiente. “Lo mismo que los preservativos, no son suficientes, yo entrego cuatro no más pos, como no sé, debería entregar, es que depende, unos 12 mensuales, para cada persona, que les duraría nada. Me han preguntado la cantidad que necesito, les mande la respuesta, y creo que necesitamos unos 12.000 y me mandaron mil”.

La folletería es insuficiente. *“La folletería es toda la que nos llega desde el Ministerio y absolutamente insuficiente”, “Folletería que manda CONASIDA y alguna de elaboración propia”. “Tampoco folletos, ocupamos los de CONASIDA. Me llega folletería que no me gusta, me gusta la del Vivo positivo, pero fueron muy pocas. Si nos han preguntado desde CONASIDA lo que necesitábamos. Estas cosas son de prevención primaria y no de adherencia. No sé el impacto que tienen”.*

Hay insuficiencia de infraestructura. No hay salas especiales. Faltan recursos electrónicos: computadores, red, acceso a internet.

2. La toma de muestra para el test de ELISA en las instituciones

Algunas clínicas privadas hacen el test de Elisa para operar y no siempre con el consentimiento de los pacientes. Hay un problema ético. *“Nosotros hemos detectado que en algunas clínicas privadas muchos médicos piden el test de Elisa para operar, y el problema no es cuando es negativo, pero sí, si es positivo, lo que no siempre se hace con el consentimiento de la persona, o sea le piden un set de test y ahí le mandan el de Elisa. En el sector privado es el tema, en los laboratorios, clínicas porque no es que sea sin consentimiento, más bien se les dice a los pacientes que se hagan el listado de exámenes y la persona lo mira y no sabe de qué se trata”.*

Pese a que deben informar los laboratorios y clínicas privadas si detectan un portador, en algunos casos no lo hacen. *“Cuando hay un positivo en el sector privado, no informan eso”. “Esto ha ocurrido en dos ocasiones. De una clínica de manera incidental llegó al servicio entonces, llamamos para preguntar, si es que el paciente sabía que le habían tomado el examen y era que se le entregaba una cosa fotocopiada y que cuando salía positivo el médico que los pedía prefería no operar, entonces ahí existía discriminación”.*

En las entrevistas en profundidad cuando se les pregunta a Seremis sobre el número de test de Elisa que se toman en su región ellos/as responden que es una información que desconocen, que pero creen que debe haber estadísticas. Algunos de los directivos de los servicios de salud entrevistados tampoco conocen esa información, aunque saben que es numerosa la cantidad de personas que se lo hace. *“Es un número importante que se hace a diario. La gente viene de varias vías, en primaria, generalmente se pesquiza a alguna persona de conducta de riesgo y se le pide el examen, que vienen a pedir condones o algo y se les pide la entrevista. Hay personas que vienen a pedir el examen directamente, pero eso es más raro, pero generalmente se expresa cuando las personas dicen haber tenido una conducta de riesgo. Cuando vienen por ETS, no sé cómo se hace, consulta y se le hace consejería. El tipo de persona que va a consejería es gente con dudas, de atención primaria. En el consultorio se toma la muestra”.*

En otros casos se había solicitado la información. *“Justamente estábamos pidiendo esa información, sobretudo en los servicios que se trabaja con códigos, que la gente los conozca. Nosotros estamos pidiendo a la atención primaria que nos mande todo lo del año 2002-2003 también para ver lo de los preservativos”.*

Hay directivos de servicios de salud que tienen la información aproximada o precisa. *“Las consejerías propiamente tal se hacen en ETS y en primaria, son 15 a 20 pacientes diarios”.*

“Unos 125 mensuales, que se hacen el examen. El banco de sangre lo registra, el REM número 11 se registra”, “Alrededor de 200 la información está centralizado”. “En el 2002: hospitales: 2.362, unidad ETS 1.878, comercio sexual 340, banco de sangre 19.642; de la U de Chile 11.000, en algunos casos se hace consejería”.

Instituciones donde se toman muestras de sangre para el test de ELISA

La mayoría de los/as consejeros/as (7 de 10) señaló que en las instituciones donde trabajan se toman muestras de sangre para el test de ELISA³¹.

**Cuadro 5.10. Instituciones en las que se toman muestras de sangre para el test de ELISA
Totales y según lugar donde realiza las consejerías (porcentajes)**

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?		
		Hospital	Consultorio	Otro
Si	72,6%	72,7	74,8	57,9
No	27,4	27,3	25,2	42,1
Total	219	77	123	19
% Col	100	100	100	100

a) Demora en entregar de resultados a los/as consultantes

Aproximadamente la mitad de los/as consejeros/as señaló que en la institución donde trabajaba los resultados del test de ELISA se entregan dos semanas o antes desde su realización (cuadro 5.11). El 40% indica que se demora 3 o más semanas. Se entrega más rápido en las regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA, y no hay grandes diferencias entre hospitales y consultorios.

**Cuadro 5.11. Número de semanas que se demoran en entregar los resultados del test de ELISA
Total y según lugar donde se realizan las consejerías y regiones con alto casos e VIH/SIDA.
Sólo quienes trabajan en lugares donde se toman muestras de sangre para el test de ELISA
(porcentajes)**

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH	
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Dos semanas o antes	52,2	55,4	50,0	54,5	58,2	42,6
Tres o más semanas	39,6	39,3	39,1	45,5	33,7	49,2
NET*	8,2	5,4	10,9		8,2	8,2
Total	159	56	92	11	98	61
% Col	100	100	100	100	100	100

* Tomándose las muestras en la institución don de trabaja no especifica tiempo de entrega de resultados

³¹ A partir de aquí, y en el resto de este apartado, se describirá y analizará lo referente a la toma de muestra considerando sólo a los/as encuestados/as que señalaron que en la institución donde trabajan se toman muestras de sangre para el test de ELISA.

b) Restricciones para tomar las muestras para el test de ELISA

Casi el 80% de los/as consejeros/as que trabajan en lugares donde se toman muestras de sangre señaló que en los últimos seis meses no había habido restricciones para tomar las muestras de sangre en sus instituciones (Cuadro 5.12)

Cuadro 5.12. Presencia de restricciones para tomar las muestras en la institución donde trabaja en los último seis meses. Total y según lugar donde realiza las consejerías y regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA. Sólo quienes trabajan en lugares donde se toman muestras de sangre para el test de ELISA (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH	
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No
Sí	19,5	19,6	19,6	18,2	21,4	16,4
No	78	75,0	79,3	81,8	75,5	82,0
NE*	2,5	5,4	1,1		3,1	1,6
Total	159	56	92	11	98	61
% Col	100	100	100	100	100	100

* Tomándose las muestras en su institución no especifica si ha tenido restricciones

Aquellos consejeros/as (18) que indicaron que había habido restricciones a la toma de sangre en su institución (Dos de cada diez consejeros/as), señalaron que faltó de reactivos, faltó de personal calificado y/o faltó de tiempo (Cuadro 5.13)

Cuadro 5.13. Principales restricciones que han debido enfrentar para tomar las muestras en los últimos seis meses en la institución don de trabajan. (valores absolutos y porcentajes)

		Col %	Total
Falta de reactivos	Sí	58,1	18
	No	22,6	7
	NE*	19,4	6
Falta e personal calificado	Sí	6,5	2
	No	51,6	16
	NE*	41,9	13
Falta de tiempo	Sí	3,2	1
	No	64,5	20
	NE*	32,3	10

* Señalando haber tenido restricciones no especifica

3. La Red de Consejeros/as para la prevención primaria de VIH/SIDA

a) ¿Quiénes saben que son parte de una red de consejeros/as para la prevención del VIH/SIDA?

Se constata (cuadro 5.14) que la mayoría de los/as consejeros/as sabe que es parte de una red para la prevención de VIH/SIDA (8 de 10).

Cuadro 5.14. Proporción de consejeros que sabe que es parte de una red de consejeros/as para la prevención del VIH/SIDA. Total, y según lugar donde se realizan las consejerías, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y años de experiencia. (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH		Años como consejero		
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No	< 2	2 a 5	5 y +
Sí	82,2	79,2	82,9	100,0	85,9	78,6	68,3	82,3	89,9
No	17,8	20,8	17,1		14,1	21,4	31,7	17,7	10,1
Total	219	77	123	19	135	84	41	79	99
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Conocimiento y opinión de la Red por Seremis, directivos de salud e informantes claves

Los/as Secretarios/as de Salud regionales desconocen, en gran medida, la existencia de la Red de consejeros. Algunos/as dicen haber recibido algunos boletines. No tienen claro si se trata de una red local, a partir de funcionarios que trabajan en los servicios de la región o nacional.

Los que dicen conocer la red se están refiriendo a las redes locales que se constituyen de manera ocasional.

En general con la red nacional no han tenido un vínculo. *“Con la Red, es tremendamente cuestionado el que el Ministerio haya presentando un trabajo sobre la red de consejeros en uno de los últimos encuentros, y conoce esa red... a mí no me suena... estoy desvinculado, por lo que veo, no existe un vínculo permanente”*.

Entre los directivos de servicios de salud algunos/as saben que existe la Red, les parece importante. *“Sé que existe una Red, me llegan los materiales, pero no sé más. Me parece importante en cuanto a fortalecer el trabajo de los consejeros, que tengan apoyo y haya retroalimentación, se estandaricen los procedimientos y formas de atención”*.

“He oído hablar de ellos. ¿Son locales?”. “Se donde está ubicados, pero nunca he tenido una reunión con ellos”, “He oído hablar... creo que la Red debería ser dentro del mismo centro... es el primer enganche, la Red podría ser del mismo, centro, desde el que lo detectó hasta el que hace la consejería, dentro del propio centro uno puede hacer esa red... a nivel local”.

Otros/s han participado en la Red. *“El año pasado hicimos reunión de consejeros en Santiago, pero se acabó la plata. Es útil para mi trabajo”, “Si, la conozco, he participado, pero hay poca coordinación a nivel nacional”*.

Para los informantes claves la Red ha sido algo positivo. *“Como te dije esta formación de Red de aprendizajes, hizo que camináramos hacia la conformación de una Red de Consejeros”*.

Sin embargo para alguno/a, es un arma de doble filo, porque reposicionó a las matronas, demandan por ello e impidió que se difundiera. *“Por un lado la consejería les abrió un espacio, un nicho no visualizado por las matronas en este reposicionamiento de las matronas y un*

momento súper peligroso que hay que manejarlo súper bien, que las matronas querían poco menos que hacer un decreto ley que dijera que ellas podían hacer consejería”.

b) Participación en actividades de la red de consejerías

De los/as que saben que son parte de una red de consejeros/as, la mitad no a participado en los último seis meses en una actividad de la red. Quienes han participado lo han hecho principalmente en actividades de nivel local. Muy pocos lo han hecho en actividades de nivel nacional (10,7%) (Cuadro 5.15).

Cuadro 5.15. Participación en actividades de la red de consejeros/as en los últimos seis meses. Total y según lugar donde realiza las consejerías, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y años como consejero. Sólo quienes conocen la red. (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH		Años como consejero		
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No	< 2	2 a 5	5 y +
No	51,7	41,7	60,4	31,6	53,9	46,2	48,1	50,0	52,8
Sí, a nivel nacional	10,7	11,7	5,9	31,6	9,6	12,3	7,4	12,5	10,1
Sí, a nivel local	30,3	35,0	30,7	21,1	29,6	33,8	37,0	29,7	30,3
Sí, en ambas	7,3	11,7	3,0	15,8	7,0	7,7	7,4	7,8	6,7
Total	180	60	101	19	115	65	27	64	89
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

c) Conocimiento de la página web de la red de consejeros/as

La mayoría de los/as consejeros/as no sabe que existe una página web de la red de consejeros/as (6 de 10). Quienes más saben de la existencia de la página web son los/as consejeros/as que trabajan en otras instituciones, en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA, y que tienen cinco o más años de experiencia (cuadro 5.16)

Cuadro 5.16. Conocimiento de la página web de la red de consejeros. Total y según lugar donde se realiza la s consejerías, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y años de experiencia (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA		Años como consejero		
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No	< 2	2 a 5	5 y +
Si	38,8	35,1	36,6	68,4	40,0	36,9	34,1	34,2	44,4
No	61,2	64,9	63,4	31,6	60,0	63,1	65,9	65,8	55,6
Total	219	77	123	19	135	84	41	79	99
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

d) Conocimiento y lectura del diario del consejero

Se observa que cuatro de cada diez consejeros/as no sabe qué es el Diario del Consejero/a (Cuadro 5.17). Solamente el 26% le lee.

Cuadro 5.17. Conocimiento y lectura del diario del consejero/a durante los últimos seis m. eses. Total y según lugar donde se realiza la consejería, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y años como consejero/a (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH		Años como consejero		
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No	< 2	2 a 5	5 y +
Si, lo leo	26,0	33,8	17,1	52,6	25,9	26,2	17,1	25,3	30,3
No lo leo	37,9	29,9	45,5	21,1	39,3	35,7	39,0	32,9	41,4
No sé que es el Diario del Consejero	36,1	36,4	37,4	26,3	34,8	38,1	43,9	41,8	28,3
Total	219	77	123	19	135	84	41	79	99
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Entre los Seremis y directivos de los servicios de salud entrevistados varios/as no conocen ni la página web ni el boletín.

Algunos conocen el Diario del Consejero. *“Es bueno, pero llegan pocas copias”, “El diario del consejero nos llega regularmente y se distribuye un par de diarios en el hospital Van Buren, en los centros de ETS. Es bueno, pero nos llegan seis solamente, ni pensar que lleguen uno para cada uno de los consejeros: dos al hospital Van Buren al Claudio Vicuña y una aquí para el programa y eso es todo”.*

Otros conocen la página web y la publicación. *“Son buenos y me he metido a la página web, acá llega el número de ejemplares es reducido, al menos como fotocopia. Es bueno, se conocen y comparten otras experiencias”, “Hay un catastro en el CDT, me parece útil, pero la red de la página web, está funcionando, la revista llega, bajo la información a los consultorios y a los CDT”.*

Otros la conocen pero no utiliza. *“Sí, conozco a muchos de ellos... como Red no he hecho uso de la Red... el momento que la conocí me he sentido un poco... cuando se puede recurrir a ellos para poder darles más recursos, me parece súper bien”.*

e) Derivaciones desde el FONOSIDA

La gran mayoría de los/as consejeros señaló que en los últimos seis meses no había recibido derivaciones del FONOSIDA (8 de 10). Quienes la han recibido en una mayor proporción son:

- los que trabajan en consultorios de atención primaria,
- los que trabajan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA
- con mayo experiencia como consejeros/as (cuadro 5.18).

Cuadro 5.18. Derivaciones desde el FONOSIDA durante los último seis meses. Total y según lugar donde se realizan las consejerías, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y años de experiencia (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH		Años como consejero		
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No	< 2	2 a 5	5 y +
Si	17,8	15,6	20,3	10,5	23,7	8,3	9,8	19,0	20,2
No	77,2	80,5	75,6	73,7	69,6	89,3	85,4	75,9	74,7
No sé	5,0	3,9	4,1	15,8	6,7	2,4	4,9	5,1	5,1
Total	219	77	123	19	135	84	41	79	99
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100	100

En las entrevistas en profundidad los directivos de los servicios de salud afirmaron que no tenían un mayor conocimiento del FONOSIDA, ni una opinión clara sobre si la gente realmente lo usa. “No lo conozco mucho

Los Encargados de Programa en los servicios afirmaron tener poca relación con FONOSIDA. Reconocen que es un buen recurso, pero derivan poco. “Es un recurso estupendo”. Otras/as no tienen ninguna relación. “Sabemos de su existencia, nunca hemos tenido una orientación con el FONOSIDA, no sabemos de las derivaciones”.

Apoyo de organizaciones, fuera del servicio, de personas con un diagnóstico VIH+

Son distintas las respuestas que dan los/as directores de servicios de salud en relación al apoyo que reciben de organizaciones de personas que viven con VIH

Algunos/as no lo conocen, creen que debería existir relaciones desde los equipos que trabajan con ellos. “Una mayor preocupación por establecer mayores contactos”, “No, conozco, en el aspecto promocional si hay contacto, en este último tiempo si”.

En otros casos tienen grupos de personas, pero no formal. “Tenemos un grupo de personas viviendo con el virus que nos han traído a otras personas... no es formal, pero que funciona acá en Ñuñoa y ellos los refieren acá... tienen toda una red de apoyo... con Vivo Positivo, más bien ellos trabajan acá”.

Hay servicios en que tienen contacto y trabajan con distintas organizaciones como Vivo Positivo, la Corpo, Unidas por la Vida, Margen, Ayún, Vida Optima. “Hay muchas organizaciones que trabajan con nosotros”, “Entran con bastante tranquilidad, los grupos dirigentes... Vida Optima”, “La Corpo... varias, algún trabajo que hicimos con Margen”, “Con Vida Optima es como un paraguas, a través de ellos nos hemos contactado con otras. Han hecho obras de teatro. Colaboran con varias ONGs, una de ellas que incluso contribuyen con financiamiento de tratamientos. Está también “Lazos de Amor” que son unas monjitas que apoyan y ayudan a personas. También está Vivo Positivo” “Incluso ellos fueron actores, participaron en la obra de teatro, tienen consejo. Y organizaciones como los travestís. Son mas activas algunas dueñas de casa, son más silenciosas, pero más efectivas. Existen reuniones de

trabajo con ellos, con los que más nos cuesta trabajar es con la señora de Mateo, y bueno de repente hay peleas también”.

En algunos/as casos ha sido irregular. “Grupos que aparecen y desaparecen”. “Hemos tenido dos grupos de pacientes viviendo con VIH, que eran pequeños, una e las personas falleció y el grupo se desarmó. Lo que nos pasó también con la Casa del SIDA, porque las monjitas que estaban a cargo, eran cuatro, y en realidad hacerse cargo de una casa que empezó como de acogida, terminó siendo la casa de pacientes terminales, para manejarse era imposible. Eso lo asumió el hospital, porque en el fondo, la casa asumía el apoyo a los pacientes a los pacientes terminales, parcialmente en domicilio y a veces llegan al hospital cuando se agravan”.

En otros casos no se ha podido armar relaciones, pese a que se le ha pedido a las organizaciones (VIVO), “No se ha podido formar bien, en Valparaíso. No han podido organizarse, aunque se lo he dicho al señor Pascal que él tiene que venir”, “No, en realidad no tuvimos mayores respuestas, pero dentro de nuestras necesidades, con gente positiva, pero estamos en conversaciones”.

Alguno conoce ONG’S que hacen consejería y toma de muestra de exámenes. “Aquí en la región no ha sido permanente, las ONG’S de repente desaparecen, se achican, muchos auxiliares que vienen de Santiago y que después se van, porque en general no son más de dos, tres personas. Excepcionalmente algunos grupos se juntan una vez al año, una cosa nueva”.

f) Percepción del impacto de la Campaña por medios de comunicación del 2003 para la prevención del VIH/SIDA

Caso el 50% de los/as consejeros/as indicó que desde que había comenzado la campaña 2003 de comunicación masiva para prevenir el VIH/SIDA, no había percibido más personas demandando por consejerías en relación a un mes sin campaña. El 31,5% sí lo había percibido (cuadro 5.19).

Entre los/as que percibieron un impacto de la campaña proporcionalmente son más entre los que trabajan en consultorios y trabajan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA.

Cuadro 5.19. Percepción del impacto de la campaña comunicacional 2003 para la prevención del VIH/SIDA. Total y según lugar don de se realizan las consejerías, regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y años como consejero/a. (porcentajes)

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Regiones con alta incidencia de casos de VIH		Años como consejero		
		Hospital	Consultorio	Otro	Sí	No	< 2	2 a 5	5 y +
Si	31,5	26,0	35,8	26,3	35,6	25,0	26,8	32,9	32,3
No	48,9	50,6	48,0	47,4	45,9	53,6	53,7	46,8	48,5
Aun no lo tengo claro	19,6	23,4	16,3	26,3	18,5	21,4	19,5	20,3	19,2
Total		77	123	19	135	84	41	79	99
% Col		100	100	100	100	100	100	100	100

En las entrevistas en profundidad las opiniones de los/as Seremis e encargados/as de programa fluctúan. Hasta ese momento no habían hecho y no tenían una evaluación. Varios/as estaban con dudas acerca de su efectividad sobre el impacto que tenía. *“La campaña del espejo ha prendido poco en la región, las opiniones fluctúan, el ‘yo sé cuidarme’ es bastante impreciso, habitualmente uno habla de condón, aún se sigue con la abstinencia, todavía la seguimos confundiendo con la abstinencia”*.

Entre los directivos de los servicios de salud el impacto de la campaña no lo tenían. Alguno/a afirmó que diciembre no era el momento adecuado. *“Diciembre es mala época, es mejor durante el período de colegio y de clases comienzan a pedir apoyo, pero en general en esta época ya está todo el mundo en otra. Creo que hay que esperar que pase el año nuevo”*.

Alguno/a de los Encargados/as tuvo problemas con la campaña local. *“Nuestra campaña local se nos vino al agua, somos un lugar en donde se trabaja mucho con las organizaciones y por desgracia los fondos se quedaron en la Seremi, y bueno, hay que aprender a convivir con los políticos, y yo no tengo esa capacidad. Desanima mucho las situaciones de mal manejo de recursos”*.

4. Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo y con la experiencia de consejero/a

El grado de satisfacción laboral se midió a través de dos variables

- grado de satisfacción con las condiciones de trabajo, y
- grado de satisfacción con la experiencia de trabajar en consejería cara a cara.

Se debe señalar que ambas variables están moderadamente correlacionadas³².

a) Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo en las que consejeros/as deben desempeñarse

Se constata que la mayoría de los/as encuestados (6 de 10) está muy satisfecho/a o satisfecho/a con las condiciones laborales y 4 de cada 10 por el contrario es muy insatisfecho/a o insatisfecho/a (cuadro 5.20).

Entre los/as insatisfechos/as es mayor la proporción de los que

- Trabajan en hospitales
- Se incorporaron a esta actividad por iniciativa propia (cuadro 5.20).

³² (0,401 con $p < 0,01$).

**Cuadro 5.20. Grado de satisfacción con las condiciones laborales.
Total y según lugar donde realiza las consejerías y forma de selección. (porcentajes)**

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Forma de selección para ser consejero		
		Hospital	Consultorio	Otro	Iniciativa propia	Designación	Otra
Muy satisfecho	6,8	6,5	8,1		10,4	3,6	3,4
Satisfecho	51,6	45,5	52,8	68,4	41,5	58,3	69,0
Insatisfecho	39,3	45,5	37,4	26,3	44,3	36,9	27,6
Muy insatisfecho	2,3	2,6	1,6	5,3	3,8	1,2	
Satisfecho	58,4	51,9	61,0	68,4	51,9	61,9	72,4
Insatisfecho	41,6	48,1	39,0	31,6	48,1	38,1	27,6
Total	219	77	123	19	106	84	29
% Col	100	100	100	100	100	100	100

El grado de satisfacción con las condiciones de trabajo en que hace la consejería está también asociado al grado de involucramiento con la red de consejeros. La insatisfacción es menor a medida que se reduce su conocimiento y participación en la red. Es conveniente recordar que la red que se conoce son los lazos establecidos a nivel local, más que nacional (Cuadro 5.21).

Es también mayor la insatisfacción en los consejeros que tiene una experiencia entre 2 a 5 años.

**Cuadro 5.21. Grado de satisfacción con las condiciones laborales
Según grado de involucramiento en la red de consejeros/as y años como consejero/a (porcentajes)**

	Grado de involucramiento en la red de consejeros/as			Años como consejero/a		
	No conoce la red	Conoce, pero no ha asistido	Conoce y ha asistido	< 2	2 a 5	5 y +
Muy satisfecho	7,7	7,6	5,7	4,9	7,6	7,1
Satisfecho	38,5	50,0	59,1	56,1	44,3	55,6
Insatisfecho	53,8	41,3	30,7	39,0	43,0	36,4
Muy insatisfecho		1,1	4,5		5,1	1,0
Satisfecho	46,2	57,6	64,8	61,0	51,9	62,6
Insatisfecho	53,8	42,4	35,2	39,0	48,1	37,4
Total	39	92	88	41	79	99
% Col	100	100	100	100	100	100

b) Grado de satisfacción con la experiencia de trabajar como consejero/a cara a cara

La gran mayoría de los/as consejeros/as está muy satisfecho o satisfecho (8 de 10) con la experiencia de trabajar en consejerías cara a cara (Cuadro 5.22).

**Cuadro 5.22. Grado de satisfacción con la experiencia de trabajar como consejero/a cara a cara
Total y según lugar donde se realizan las consejerías y forma de selección (porcentajes)**

	Total	¿Dónde realiza Ud. las consejerías?			Forma de selección para ser consejero/a		
		Hospital	Consultorio	Otro	Iniciativa propia	Designación	Otra
Muy satisfecho	27,9	26,0	26,8	42,1	33,0	21,4	27,6
Satisfecho	57,1	57,1	57,7	52,6	55,7	59,5	55,2
Insatisfecho	13,7	14,3	14,6	5,3	10,4	16,7	17,2
Muy insatisfecho	1,4	2,6	0,8	0,0	0,9	2,4	0,0
Satisfecho	85,0	83,1	84,6	94,7	88,7	81,0	82,8
Insatisfecho	15,1	16,9	15,4	5,3	11,3	19,0	17,2
Total	219	77	123	19	106	84	29
% Col	100	100	100	100	100	100	100

El grado de satisfacción con la experiencia de la consejería está asociado a:

- Al involucramiento con la red de consejeros. A mayor involucramiento más satisfacción.
- A los años como consejero. A mayor experiencia más satisfacción.
- La satisfacción con las condiciones de trabajo (cuadro 5.23).

**Cuadro 5.23. Grado de satisfacción con la experiencia de trabajar como consejero/a cara a cara
Según grado de involucramiento en la red de consejeros/as, años como consejero/as y grado de satisfacción con las
condiciones de trabajo (porcentajes)**

	Grado de involucramiento en la red de consejeros/as			Años como consejero			Satisfacción con las condiciones laborales	
	No conoce la red	Conoce, pero no ha asistido	Conoce y ha asistido	< 2	2 a 5	5 y +	Satisfecho	Insatisfecho
Muy satisfecho	23,1	26,1	31,8	24,4	21,5	34,3	36,7	15,4
Satisfecho	46,2	62,0	56,8	53,7	59,5	56,6	57,8	56,0
Insatisfecho	23,1	12,0	11,4	19,5	17,7	8,1	5,5	25,3
Muy insatisfecho	7,7			2,4	1,3	1,0		3,3
Satisfecho	69,2	88,0	88,6	78,0	81,0	90,9	94,5	71,4
Insatisfecho	30,8	12,0	11,4	22,0	19,0	9,1	5,5	28,6
Total	39	92	88	41	79	99	128	91
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100

VI. LOS CONSULTANTES DEL SISTEMA PÚBLICO

Este capítulo aborda la opinión de usuarios/as y PVVIH sobre la consejería de prevención primaria de VIH/SIDA. La información tiene su origen en la encuesta “Escuchando la voz de usuarios y usuarias” del estudio nacional del sistema público de salud, y en entrevistas en profundidad a consultantes y PVVIH.

El objetivo de la encuesta fue *conocer la opinión y percepciones que tienen los/as consultantes del sistema público de salud sobre la consejería y su satisfacción con ella*. Fue aplicada a una muestra reducida de casos en las regiones de más alta incidencia de VIH/SIDA en el país³³. De este modo que los resultados de la encuesta no tienen un carácter representativo de la situación de los/as usuarios ni a nivel regional ni a nivel nacional. La elaboración de esta muestra tuvo por objeto indagar, de manera exploratoria, de las opiniones y percepciones de los/as consultantes de consejerías para la prevención primaria de VIH/SIDA en el sistema público de salud. Estas respuestas se complementaron con entrevistas en profundidad realizadas a los/as mismos/as consultantes a través de las cuales se pudo ahondar en aquellas situaciones que parecían de mayor pertinencia para la evaluación.

La encuesta se aplicó –en forma paralela y complementaria- a los mismos consultantes a los que se les realizó las entrevistas en profundidad. Conforme a los criterios de selección, respondieron la encuesta 24 consultantes de las regiones I, V, VIII y RM (4 casos en cada una de las tres primeras regiones y 12 casos en la metropolitana), correspondientes a los Servicios de Salud de Arica, Valparaíso, Talcahuano, Santiago Centro, Santiago Norte y Santiago Oriente (4 casos en cada Servicio de Salud)³⁴.

En total respondieron la encuesta 18 varones y 4 mujeres. La edad promedio de los/as consultantes fue de 32 años; un cuarto tenía 21 o menos años, la mitad 30 o menos años, y un cuarto tenía 43 o más años³⁵.

A continuación se presentan los resultados de la encuesta aplicada a consultantes en el sistema público de salud a nivel nacional. El informe consta de dos capítulos. En el primero se muestra la evaluación que los/as consultantes realizan de las consejerías pre test, en términos del tiempo de duración y las actividades realizadas, principalmente.

En el segundo capítulo se muestra la evaluación que los/as consultantes realizan de las consejerías post test, en los mismos términos que en el capítulo uno. Por motivos de confidencialidad, no se distinguió entre consultantes que asistieron a consejerías post test con entrega de resultados negativos y positivos. Por lo tanto, los resultados que aquí se presentan se refieren a las consejerías post test en general.

³³ En total, seis servicios de salud. Fueron entrevistados en los locales de atención: consultorios, Centros ETS, hospitales, etc.

³⁴ Ver Anexo 4 Informe Encuesta Usuarios Cuadros Complementarios, específicamente cuadros A y B.

³⁵ Ver Anexo 4 Informe Encuesta Usuarios Cuadros Complementarios, específicamente cuadros D, E y F.

1. Evaluación de la consejería pre test

En este punto se presentan los resultados de la primera parte del cuestionario a Usuarios/as, “Consejerías antes de la realización del examen de ELISA”³⁶ y parte de las respuestas obtenidas en las entrevistas en profundidad a consultantes y PVVIH.

El capítulo consta de dos secciones.

- Tiempo de duración de las consejerías pre test y la evaluación que del tiempo hacen los/as consultantes.
- Actividades que se realizaron durante las consejerías pre test.

Cómo llegan a la consejería los/as consultantes

La mayoría de los consultantes se enteró de la existencia de la consejería en prevención primaria para hacerse el test de Elisa a través del consultorio, porque lo mandaron a hacerse el examen (13 personas). El FONOSIDA y la Guía de Teléfonos fue otra de las formas de conocer de su existencia (5), llegaron por un amigo, pariente (3), por la página web de CONASIDA.

Demora en conseguir la hora de atención

Para la mayoría de los/as consultantes la obtención de la hora de atención fue rápida, adecuada.

- El mismo día o el día siguiente (12)
- Alrededor de una semana (7)
- Como dos semanas. “No es mucho tiempo”.

Para los menos, se demoraron en darle la hora de atención

- Se demoraron porque estaban de vacaciones

En otro caso le dijeron que tenía como para 4 meses más “*Entonces opté por comprar un bono y fui a un doctor que trabaja en este hospital, después que me vio, me dijo que me iba a atender acá*”.

Cómo se sintió en la sala de espera

Las respuestas son contrapuestas entre los/as consultantes acerca de la espera previa ala consejería. Algunos se sintieron bien, otros, por el contrario mal, y la mayoría estaba asustado/a, nervioso.

- *Bien, tranquilo (8). Estaba solo, uno no se puede pasar rollos con otras personas.*

Llegué puntual y me atendieron al tiro. Las condiciones son las adecuadas, igual hay entretenimiento, hay tele. Hay gente súper simpática y amorosa, porque en otros polis, uno va y está súper denso, y aquí la persona súper atinada, porque como se pone en el lado de las otras personas, bien amable.

- *Mal (3). “Nos citan a las 8 de la mañana y me atendieron como a las 12:45 Fue desagradable, porque había una cierta discordia entre nosotros. Mal. Mal, porque lo que yo*

³⁶ Preguntas 1 a 6. Ver Anexo 1 para ver el cuestionario.

tengo entendido es que a esta sección llegan homosexuales, prostitutas y yo por un pequeño error caí acá, entonces me sentí mal, personalmente, espiritualmente”.

- Asustado, nervioso (9). *“Porque era primera vez que asistía a una consejería y se tomaba el examen del VIH. No sabía cómo lo iban a atender. Tenía miedo, no tanto por mí, sino por mi familia, por mi esposa. Lo que más miedo tenía era que me trataran mal, porque a los que se contagian con algo dicen que los tratan re mal en los consultorios y en los hospitales. No sabía de qué se trataba, en sí el ambiente de hospital, no me gusta venir a estas partes, me pongo nervioso, me pongo a tiritar. Nervioso por tener quizás esa cuestión. La espera fue eterna, me lo hice en la posta 4, fui a pedir yo el examen y fue muy desagradable. Esa consejería fue de tipo sermón. Me decía “bueno, te queda claro que no te puedes volver a portar mal”. Muy de la onda moralista que yo rechazo por formación. Nervioso, y un poco tímido con la gente, acá son puras mujeres, embarazadas. Que esté yo acá, nada que ver. Uno viene con miedo, como tímido. Era primera vez que venía al consultorio, pensé que podía haber alguien que me conocía. Y todo esto lo estoy viviendo solo, callado. Incómodo. (llora)Yo tengo 60 años y nunca me había pasado esto”. “Me sentía mal. La culpa era mía, si yo no me cuido, nadie me va a decir cuídate”.*

- Aburrida, tuve que esperar mucho rato (3). *“No me gusta mucho, me da vergüenza, de la gente, no de lo funcionarios. Aburrido... un poco chico, tenía ganas de pararme estaba cansado... Aburrido... se puede decir que un poco nervioso...igual un poco incómodo, porque es muy chico...”*

- Como cualquier persona (1). *“Me llevaron al laboratorio. No sabía bien para qué”.*

Condiciones de la sala de espera

Las apreciaciones de los/as consultantes sobre la sala de espera presentan una gama desde los/as que la consideran adecuada a los que opinan lo contrario

- Sí, son adecuadas (10). *“Sí, me agradó el lugar. Reconforta. No me sentí incómoda. Es un lugar bien cerrado, aparte de lo demás. Bien, las condiciones son las adecuadas, igual hay entretención, hay tele”.*
- Más o Menos (7) *“La sala de espera tal vez debiera tener mayor confidencialidad. Faltan asientos. Para el hombre no es tanto, pero llega mucha mujer embarazada y tienen que turnarse. Es un poco costoso para entrar. Ahora estoy de las 8 de la mañana, ya van a ser la una. Un poco de remodelación, le cambiaría la fachada, muy tétrico, faltan las gárgolas, las plantas, harto color. Es la fachada, color más vivo, no tan clásico. Debería ser como un lugar más privado. Un poco chico no más. Es muy chico, un poco incómodo”.*
- Así son no más (4) *“En el consultorio hay un mecanismo, te dan orden de examen, vas al laboratorio, sacas número y te toman el examen. En la posta fui directamente a hacerme el VIH, era más tenso y el tiempo de espera era eterno. En realidad cuesta saber si hacer un cambio o no. Más con la gente que atiende. Si uno va a los hospitales sabe que no lo van a atender nunca al tiro. Siempre va a tener que esperar, pero que le vamos a hacer, si aquí en Chile es así no más”.*

Le preguntaron si deseaba tener una entrevista con un/a consejero/a

A la mitad de las/os consultantes entrevistados no se les consultó si querían tener una consejería. A la otra mitad sí. Este es un dato que llama muchísimo la atención, porque eran personas que fueron entrevistadas en los lugares en los cuales estaban frecuentando en relación al test

- Si me preguntaron (11) *“El joven que se presentó me explicó que era el consejero. Me dijo de que se trataba con detalle y yo estuve conforme. Por teléfono me dijeron que me iban a entrevistar par sabe si era necesario o no hacerse el examen. Me pareció correcto”*.
- No me preguntaron (8). *“La recibí. No me acuerdo que me hallan dicho. No, la niña lleo y empezó a hablar, no es que ese día habían dos chicas que me empezaron a explicar y yo les empecé a hacer preguntas”*
- No, me dijeron que era parte del examen (2)
- No. *“Me sacaron sangre y no me dijeron que me iban a hacer el examen”* (1).

Le preguntaron con quién quería conversar

A ninguno de los/as consultantes se le preguntó con quién querían conversar.

- No Me era indiferente. (15) No tiene importancia para mí.
- No (9)

Calificación de la necesidad de la consejería

Para una proporción importante de los/as consultantes la consejería fue necesaria (18) y le ayudó de diferentes maneras, para otros/as les confundió o incomodó.

- Sí, fue necesaria (18) *“Sí, porque me dio más información. Tenía dudas y el consejero me las aclaró bien. Me enseñó algo que yo no sabía y que me puede servir. Sí, porque hay muchos aspectos que si bien yo conocía igual sirve para conversar un tema que no se habla con todo el mundo y recibir respuestas de una persona que conoce el tema. Es muy impersonal tomarse un examen así no más. Me ayudó a saber cosas que no tenía idea, o que había olvidado, el buen uso del preservativo, la conversación con la pareja, me sentí más libre. Salí más relajado. Sí. Hay que hablar con alguien. Me puso como alerta. Me ayudó a levantarme, me dejó más pensativo, yo no quería vivir, me dijo que tenía que esperar los exámenes y ver que pasaba, con eso me subió el ánimo”*.
- Me confundió (1) *“Pero se me han ocasionado algunas confusiones con respecto a mi enfermedad. Primero hablamos con una asistente social acá (consejera), pero ella nos explicó súper rápido lo que teníamos y las consecuencias para el embarazo. Entonces con mi pareja tuvimos bastantes problemas, nos separamos”*.
- Me incomodó (2) *“Pero me incomodó. Me costó hartó”*.
- Sentí en sesgo moral (1) *“Creo que es necesaria, pero que debe haber una claridad absoluta respecto a que no puede tener ningún sesgo moral. La persona que está delante tuyo no puede cuestionar tu accionar, porqué te acostaste con tal o cual persona”*.
- Debiera ser un médico (1) *“Yo creo que debería hacerla un médico, no una asistente social”*.

a) Tiempo que duró la consejería pre test

El tiempo promedio que los/as consultantes señalaron que había durado la consejería pre test fue de 19 minutos. Existe una gran variabilidad en el tiempo promedio³⁷. De este modo, un cuarto de los/as consultantes encuestados/as indicó que la consejería pre test a la que habían asistido duró 7 o menos minutos, la mitad señaló que duró hasta un cuarto de hora y un cuarto que más estuvo dijo que había durado 30 o más minutos (cuadro 6.1.1).

**Cuadro 6.1 Resumen minutos duración consejería pre test
Número de casos, estadísticos de tendencia central, de dispersión y de posición**

N	Casos Válidos	22
	Casos perdidos	2
Promedio		19,3
Mediana		15,0
Moda		5,0(a)
Desviación estándar		13,9
Percentiles	25	6,5
	33	9,2
	50	15,0
	66	25,9
	75	30,

a. Existen múltiples modas. El valor más pequeño es el que se muestra (ver cuadro A1 en Anexo 2 para conocer el otro valor de la moda).

La mayoría de los/as consultantes (71% o 17 usuarios/as) manifestó que el tiempo de duración de la consejería había sido suficiente para aclarar dudas y/o hacer preguntas. Seis consultantes (25%) manifestaron que el tiempo había sido insuficiente, y uno/a no supo si había sido suficiente o insuficiente (cuadro 2).

Cuadro 6.2. A su juicio ¿el tiempo que duró fue suficiente para poder aclarar dudas y/o hacer preguntas y comentarios? (porcentajes)

Casos Válidos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
				Válido	Acumulado
	Suficiente	17	70,8	70,8	70,8
	Insuficiente	6	25,0	25,0	95,8
	No sé	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

La calificación de la duración de la consejería como suficiente o insuficiente está asociada a la duración de la misma. La mayoría de los/as encuestados/as que asistieron a una consejería pre test de 20 o más minutos de duración señalaron que el tiempo que había durado era suficiente (9 de 10). A la vez, una proporción importante de quienes asistieron a una consejería pre test de

³⁷ La desviación estándar fue de 14 minutos respecto del promedio (cuadro 1). El rango fluctuó entre 4 minutos de duración y 60 minutos de duración (Anexo 4).

15 o menos minutos de duración señalaron que el tiempo que había durado era insuficiente (4 de 10)³⁸.

Cuadro 6.3. Percepción del tiempo de duración de las consejerías pre test según tiempo de duración de estas consejerías (minutos)

		Duración Consejería Pre Test (en minutos)		Total
		15 min o -	20 min o +	
Suficiente	N	7	9	16
	Col%	58,3	90,0	72,7
Insuficiente	N	5	1	6
	Col%	41,7	10,0	27,3
Total	N	12	10	22
	Col%	100	100	100

En las entrevistas en profundidad las opiniones de las mismas personas ahondan en la calificación acerca de si el tiempo de la consejería fue la adecuada.

A una proporción importante le pareció que el tiempo fue el adecuado, otros la encontraron larga, burocrática o inadecuada

- Sí (14) *“Le permitió aclarar todas las dudas que tenía. Del cuidado el período de la ventana, no tenía idea. Mi pareja tiene VIH, yo me cuido, y si no lo hacía no iba a pasar nada. Con él no me gusta hablar mucho de este tema, siento que lo voy a achacar, trato de no hablar mucho de eso”*.
- Larga (1) *“Un poquito larga la encontré. Estoy apurada, por eso”*.
- No (5) *“No, porque duró muy poco, rápida. No nos dejó en claro nada. Salimos de ahí y nos quedamos mirando no más, como echándonos la culpa. Como 20 minutos. Uno queda con dudas. Me hubiese gustado más tiempo, porque quería hacerle más preguntas... Me hubiera gustado más, hubiese aprendido más”*.
- Burocrática (2) *“La duración relacionada con estadística. Me gustaría una conversación más suelta, que te pregunten ¿está nervioso?, que pregunten por la familia, no sé. Algo más personal, porque se nota que lo otro es como para una estadística nacional, no sé. Ella me preguntó lo que necesitaba para el informe que tenía que hacer no más”*.

b) Las acciones que se realizaron en la consejería pre test

Como forma de evaluar las actividades que los/as consultantes señalaron que el o la consejero/a realizó durante las consejerías pre test, se utilizó la misma lista de actividades usada en el cuestionario aplicado a consejeros/as. La construcción de esta lista se basó en la revisión de diferentes documentos, y fue validada en el pre test del cuestionario³⁹.

³⁸ Las categorías no son continuas porque el tramo que viene después de los 15 minutos es 20 minutos sin tiempo entremedio (ver cuadro A1 en Anexo 2).

³⁹ Los contenidos de la lista aplicada a usuarios/as contiene las mismas actividades que la aplicada a consejeros/as a excepción de la actividad *Explica que si el examen sale positivo debe realizarse una confirmación del examen que*

Las acciones que aparecen en esta lista, al igual que en el cuestionario a consejeros/as, son actividades que idealmente debieran realizar los/as consejero/as en las consejerías pre test para que éstas, en primer lugar, estén centradas en los/as consultantes, y en segundo, sean efectivas como estrategia preventiva.

Es pertinente recordar nuevamente, que esta lista no es exhaustiva, es decir no agota todas las acciones posibles, pero sí delimita el universo de actividades, por lo que puede ser definida como extensiva.

Esta lista aborda tres tipos de acciones.

- que tienen que ver con la forma en que se realizan las consejerías, donde el énfasis está en los derechos de los/as consultantes involucrados en la consejería.
- que tienen que ver con la entrega de información para el conocimiento y la prevención de los/as consultantes.
- que tienen que ver con la historia sexual de los/as consultantes y las estrategias que utilizan los/as consejeros/as para comprender estas historias desde la perspectiva de los/as consultantes.

Las acciones fueron las siguientes

- La confidencialidad de lo que se conversó y del resultado del examen
- Le pidieron que firmara un consentimiento en el que le informaron sobre sus derechos y deberes
- Le consultaron sobre el grado de conocimiento que maneja en relación al VIH/Sida
- Le preguntaron acerca de los motivos por los cuales se quiere/quería realizar el examen VIH/Sida
- Conversó con el consejero/a sobre las repercusiones del resultado del examen en su vida sexual, laboral y familiar
- Le hicieron preguntas acerca de su historia sexual
- Se hizo una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo
- Le entregaron algún folleto o material escrito y condones
- Ud. pudo expresar lo que sentía y fue escuchado sin ser interrumpido
- Se le entrega información sobre VIH/Sida (formas de transmisión, prevención, etc.)
- Se le explicó el significado del "período ventana" y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida
- Se abordó con Ud. la adopción de un "plan de reducción de riesgo"

De este modo, en el cuadro 6.1.4 se aprecia que las actividades que los/as consultantes señalaron que los/as consejeros/as habían realizado durante las consejerías pre test a las que habían asistido, se pueden dividir en dos grupo según la proporción de consultantes encuestados/as que señaló que las habían realizado.

demora un tiempo más (13l) que aunque aparece en la lista a consejeros/as no aparece en la lista a usuarios/as, y la actividad. *Le entregaron algún folleto o material escrito y condones (3h)*, que aunque aparece en la lista aplicada a usuarios/as no aparece en la lista aplicada a consejeros/as.

Cuadro 6.4. Durante la consejería pre test a la que asistió, ¿se conversó o le hicieron mención de lo que se indica a continuación en la consejería pre test (valores absolutos y porcentajes)

		N	Col %
La confidencialidad de lo que se conversó y del resultado del examen	Si	16	66,7%
	No	8	33,3%
Le pidieron que firmara un consentimiento en el que le informaron sobre sus derechos y deberes	Si	18	75,0%
	No	6	25,0%
Le consultaron sobre el grado de conocimiento que maneja en relación al VIH/Sida	Si	14	58,3%
	No	10	41,7%
Le preguntaron acerca de los motivos por los cuales se quiere/quería realizar el examen VIH/Sida	Si	16	66,7%
	No	8	33,3%
Conversó con el consejero/a sobre las repercusiones del resultado del examen en su vida sexual, laboral y familiar	Si	11	45,8%
	No	13	54,2%
Le hicieron preguntas acerca de su historia sexual	Si	19	79,2%
	No	5	20,8%
Se hizo una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo	Si	5	20,8%
	No	19	79,2%
Le entregaron algún folleto o material escrito y condones	Si	9	37,5%
	No	15	62,5%
Ud. pudo expresar lo que sentía y fue escuchado sin ser interrumpido	Si	17	70,8%
	No	7	29,2%
Se le entrega información sobre VIH/Sida (formas de transmisión, prevención, etc.)	Si	17	70,8%
	No	7	29,2%
Se le explicó el significado del "período ventana" y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida	Si	13	54,2%
	No	11	45,8%
Se abordó con Ud. la adopción de un "plan de reducción de riesgo"	Si	7	29,2%
	No	17	70,8%

En el primer grupo se encontraron ocho acciones que una mayoría de los/as consultantes señaló que se habían realizado durante las consejerías pre test (entre 60% y 80%). En este grupo destacan las siguientes actividades –las que una proporción mayor de encuestados/as señaló haber realizado (8 de 10): “*Le hicieron preguntas acerca de su historia sexual*”, “*Le pidieron que firmara un consentimiento en el que le informaron sobre sus derechos y deberes*”. Otras actividades de este primer grupo fueron: “*Ud. pudo expresar lo que sentía y fue escuchado sin ser interrumpido*”, “*Se le entrega información sobre VIH/Sida (formas de transmisión, prevención, etc.)*”, “*Le preguntaron acerca de los motivos por los cuales se quiere/quería realizar el examen VIH/Sida*”, “*La confidencialidad de lo que se conversó y del resultado del examen*”, “*Le consultaron sobre el grado de conocimiento que maneja en relación al VIH/Sida*”, “*Se le explicó el significado del "período ventana" y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida*” (cuadro 6.4).

Un segundo grupo, está conformado por las cuatro actividades que menos de la mitad de los/as usuarios/as señaló haber realizado durante la consejería pre test (entre 45% y 20%). En este grupo destacan las siguientes actividades –las que una proporción menor de encuestados/as señaló haber realizado (2 de 10, y 3 de 10 respectivamente): “*Se hizo una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo*” y “*Se abordó con Ud. la adopción de un "plan de*

reducción de riesgo". Otras actividades de este segundo grupo fueron: *"Le entregaron algún folleto o material escrito y condones"*, *"Conversó con el consejero/a sobre las repercusiones del resultado del examen en su vida sexual, laboral y familiar"*.

El tiempo de duración de las consejerías pre test esta asociado a la cantidad de acciones que se hace por parte del/a consejero/a. A mayor duración de la consejería mayor es la proporción de acciones que se realiza. En nueve de las doce actividades la proporción de consultantes que señaló que sí las había realizado, es mayor entre los/as consultantes que indicó que la consejería había durado 20 o más minutos. Sin embargo, en tres de las doce actividades, la proporción que señaló que sí las había realizado, es mayor entre los/as consultantes que señalaron que la consejería había durado 15 o menos minutos (Anexo 4).

En las entrevistas en profundidad los/as consultantes tuvieron opiniones opuestas acerca de si la consejería les permitió aclarar las dudas y/o hacer las preguntas que tenían.

- Sí pude aclarar dudas y hacer preguntas (15) *"Si, todas las que tenía. Pude preguntar mis dudas. A la matrona sí le pude hacer preguntas, ella me da más confianza. Con la asistente social nada. Se aclararon las dudas. El uso del preservativo, la ventana, las distintas enfermedades. Que tenía que protegerme, se dio todo de manera espontánea"*.
- No (6) *"No. Aclaré algo, pero poco. Después me surgieron más dudas. La entrevista fue con la asistente social. Ella nos explicó el motivo de la sugerencia que nos iba a dar ella. Pero fue algo brusco, dijo que la enfermedad era una ETS, culpa de ella o mía y que la guagua podía salir ciega. No me gustó. No explicó bien. Explicó varias cosas del VIH. La matrona después nos aclaró todo. No, lo único es que quedamos plop con la noticia, pero nada más. ... A uno lo deja más colgado que no sé qué. Soy una persona de 60 años, no soy un cabro chico. Todo esto me chocó (llora). Me quedé con algunas dudas, y después las pregunté a unos amigos, por m cuenta"*.

Los/as que no pudieron aclarar dudas y/o hacer preguntas a inquietudes que tenía dieron las siguientes razones del por qué no lo habían logrado

- La asistente social atiende tan rápido que no te da esa seguridad de poder preguntarle algo. Es como la información en el minuto y chao.
- La información la manejaba yo.
- Estaba molesta por el tonito moralista. Y ahora estaba asustada porque me llamaron.
- Uno no está tampoco para que le digan que "tienes que usar esto o lo otro". Yo soy una persona de 60 años.

Varios/as de los/as consultantes se sintieron bien durante la entrevista (15), otros/as, mal, incómodos, nerviosos (5).

- Se sintió bien durante la entrevista (15) *"El consejero le dio confianza, la hizo sentir bien. El consejero me daba confianza. Cómodo. Segura, acogida, tranquila. Tranquilo, relajado, conversando con alguien no tengo tanto estrés. Bien, fue bueno poder hablar del tema, sobre todo que estaba sin decirle a nadie, fue rico poder hablarlo con alguien. La atención es muy buena. Me hicieron sentirme relajada me inspiraron confianza... Confiado y comprendido. Bien, acogido..."*

- Mal con la asistente social / posta, bien con el/la matrona después (2) *“Con la asistente social, mal porque nos preguntó cuántas parejas sexuales habíamos tenido nosotros durante nuestra relación. Estábamos los dos con ella. Le dijimos que en el año y tanto que llevábamos no habíamos estado con nadie más y ella dijo que era problema nuestro. Que ella solamente veía la enfermedad. Con la matrona me sentí bien. Entré sola y después entra él, siempre. Es mejor, explicó bien qué eran los condilomas, que es lo que tengo. En la posta me sentí muy mal. Acá, con el matrón, fue relajado”*.
- Nervioso, incómoda (4) *“Un poco nervioso, pero no tanto. Con la asistente me sentí incómodo. Con la matrona fue agradable, ingresamos separados y explicó bien de nuestra enfermedad. Me sentí cómodo porque pude preguntar. Me sentí al comienzo un poco incómodo, es como ser visita, como que no quiere hablar, fue súper bien. Bien, cómodo... un poco nervioso, porque me estaba atendiendo una mujer... no por el motivo de consulta”*.

La gran mayoría se sintió acogido durante la consejería (2), para otros/as fue una mala experiencia.

Preguntados los/as consultantes sobre si algo les había llamado la atención durante la consejería. A algo más de la mitad hubo aspectos que le parecieron llamativos; para algunos/as fue la buena acogida y el trato, para otros/as fue algún aspecto negativo, entre los negativos señalaron el trato cortante y el sesgo discriminador y moralista:

- que me tocara sin guantes. *“Que la chica que me tomó el examen me comenzara a tocar el brazo sin sus guantes. Yo soy súper escrupulosa. No me pareció que me tocara sin los guantes”*.
- *“La asistente social es muy cortante”*.
- *“Fue chocante una vez que vine y me atendió una doctora. Me habían salido las verrugas alrededor del ano, y ella me preguntó si cuando tenía relaciones no usaba condón y me dejó helado. Le dije ‘perdone el vocabulario, pero no soy maricón, ni homosexual, soy casado y tengo mi mujer. No confunda porque no todos los que llegan acá son maricones’. Eso me molestó, porque ella no me conocía y no desempeñó bien su rol de matrona, doctora, no sé”*.
- *“El sesgo moralista en la consejería de la posta. Ahora, con el matrón, habían alumnos en práctica. Yo quisiera que preguntaran, si uno accede o no, siempre, si a uno no le molesta que los alumnos estén ahí. Pero nunca lo hacen”*.

En general no se sintieron discriminados, pero algunos/as de los/as consultantes sí se sintieron así en algún momento de la consejería

- *“Siento que cuando alguien viene y te impone un discurso moralista es prepotente contigo y además está en una relación de poder. Es una relación de poder porque primero que nada es el que tiene la información y segundo es porque está usando ese poder para hacer algo contigo, informarte o formarte en algo. Hay que tener mucho criterio. Si se agrega el stress por el examen mismo y el resultado, la combinación es compleja”*.
- *“De primera no supe... la que se quedó paralizada fue mi vieja”*.

- *“Me sentía mal cuando estaba en la sala de espera. Soy una persona de edad y no debiera andar haciendo cosas de cabro chico. No es mala suerte, yo podría haberlo evitado”.*
- *“Esa vez sentí que me estaban tratando como homosexual, que no soy. De ahí estuve un buen tiempo sin venir”.*

Una alta proporción manifestó que se habló de la confidencialidad del examen (21). Y sintieron confianza de que lo dicho iba a ser guardado en secreto (19).

Dos tercios de los/a consultantes (16 o 67%) señaló que el/la consejero/a que lo había atendido había llenado una ficha con la consulta (cuadro 6.5). Los en una proporción mayor señalaron que lo había atendido había llenado una ficha fueron los/as consultantes que asistieron a consejerías pre test de 15 o menos minutos (Anexo 4)

Cuadro 6.5. ¿Ud. sabe si la persona que lo atendió llenó una ficha con su consulta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Casos Válidos	Si	16	66,7	66,7	66,7
	No	4	16,7	16,7	83,3
	No recuerdo	4	16,7	16,7	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

La totalidad de los/as consultantes (24) señaló que el lugar donde se había realizado la consejería pre testa aseguraba la confidencialidad de la conversación (Anexo 4).

Por último, 22 de los 24 usuarios/as encuestados/as (92%) señalaron que después de la consejería pre test se había realizado el examen de ELISA (Anexo 4).

2. Evaluación de la consejería post test

Mientras esperaban el resultado del examen en la entrevista en profundidad algunas de las mujeres PVVIH no esperaban que fuera el resultado del test fuera positivo, estaban intrigadas, tenían pareja, algunas estaban embarazadas. Los hombres PVVIH, por su parte estaban nerviosos, algunos sospechaban del resultado, porque la pareja lo tenía o derechamente esperaban la confirmación que si lo tenían.

Las mujeres PVVIH recordaban que en el momento de la espera se sentían solas, como bicho raro y se sorprendieron de ver a otras, incluso embarazadas o gente mayor. Algunos de los hombre recordaban que era un lugar acogedor, otros que era incomodo impersonal. A 2 no les avisaron que les iban a hacer el examen, y se lo hicieron.

De la consejería en la que le informaron los resultados del examen algunas mujeres se sintieron maltratadas, otras se sintieron consoladas. A 2 no le dijeron nada o le dejaron el resultado en la recepción de la clínica

Los recuerdos de la entrevista en las mujeres

- La maltrataron (2) *“Estaba idiota, como si me estuviese retando, me miro feo, que yo me había acostado con otro hombre que no fuese mi marido. Así lo vi yo, y bueno, esa relación fue antes, yo anduve con un hombre casado, y eso pasó. Tenía 18 años, y mi marido siempre supo que tenía otra persona. Pero de ahí, nunca más he engañado a mi marido”*.
- *“Cuando conversé con la enfermera del Sótero del Río, yo salí corriendo, no quería saber nada y me pasaron un montón de cosas después. La enfermera me dijo, sabe usted tiene Sida, y por cochina, me dijo. Yo me sentía súper nerviosa, me ponía a llorar”*.
- Me consolaron (2) *“En realidad no mucho, de que cuando me dijeron, que el mundo se me cayó encima... la doctora trataba de consolarme en ese momento, lamentablemente ella ya no está aquí... y bueno ella me trataba de consolar... yo hice un intento de suicidio (antes), pero después no... La señora María Elena ha sido muy buena conmigo, para ella era más doloroso, me da la impresión de que el que dice, sufre más que uno. Uno espera el no...”*
- *“Los resultados me los dejaron en la recepción de la clínica”*.
- *“Nada en especial”*.

Los recuerdos de la consejería en los hombres

- *“No tenía idea que me estaban hablando. Se me cortó la luz, acá se me acabó la vida. (3) Yo iba asustado. Llegué nervioso. Me sentía solo, desesperado, por no tener el dinero para financiar un tratamiento caro y largo”*.
- *“Conversé con una enfermera cuando me repitieron el examen que cuando me entregaron la confirmación. Ella me preguntaba los síntomas que tenía, si tenía miedo de que me volviera a salir positivo el examen, pero como bien superficial. Se notaba que no entendía mucho del tema”*.
- Apoyo, apenado, con miedo (6) *“Gran apoyo personal por parte de la doctora, le diré que me ayudó bastante la forma en la que ella me lo comunicó. Incluso hice una broma, de que me iba a tirar a un auto... me fui a mi casa”*.
- Lo maltrataron (2) *“Me dijo que yo tenía Sida y me iba a morir, porque vio que yo era gay. Yo le dije que con qué derecho. Ahora lo habría demandado. Me volví loco, me quise suicidar. Me dijo que ahora mi vida había cambiado y me metió miedo, que tenía que dejar todo y quedarme encerrado en la casa. Nada de esperanza, súper deprimente”*.
- *“Me dijeron que tenía que concurrir para exámenes y control”*
- *“Nada, no me sorprendía, porque ya sabía que lo podía tener” (2)*

La actitud del/a consejero/a fue calificada de diversas maneras por mujeres y hombres PVVIH en las entrevistas en profundidad. Las mujeres, algunas sintieron que fueron maltratadas por el/a consejero/a otras que las acogió. Entre los hombres hubo los que calificaron bien al/a consejero/a, otros se sintieron maltratados. La mala acogida por el/a consejero está asociada a actitudes duras, violentas, homofóbicas de parte de estos/as hacia los/as consultantes

Mujeres

- La maltrató. (2) *“No, ella me habló golpeado, ella lo hizo después del examen. La enfermera estaba enojada”*.

- Acogió (2) *“La doctora excelente... me acogió... Ella fue muy buena, me ayudó mucho, me lo dijo de una manera muy única Era buena. Ella creía que me iba a poner a grita”*r.

Hombres

- Bien. Humana, me acogieron (8) *“Me hablaron. Humana, de persona, no de médico, más la parte humana. Era una actitud de positivo, no de tragedia, ni de muerte, ni de condena. Era cariñosa y alentadora. Fue muy asertivo, realista, no me mostró mundos diferentes ni dando falsas esperanzas, viendo la situación de esos momentos en el país en el tema. De hecho le fui a pedir más consejería después. Fue grata, ningún rechazo en ningún momento”*.
- *“No sentí nada malo en realidad”* (1).
- Maltrato, agresiva (3) *“El médico no tenía mucho tino para decir las cosas, me dijo *sabís que más hueoncito, te quedan dos años de vida, la cagaste pos hueon, y ahora no sé qué vas a hacer, y pa esta huea no hay solución, así es que tenís que aprovechar...* de ahí pa adelante no lo pescaba, palabras fuertes y feas. Una persona profesional debería tener más tino. Me fui y no volví más. Fue mala onda. Me ponía en un plano más oscuro del que era. Me dijo que no me fuera a suicidar, me ponía ideas que yo no tenía”*.

En este punto se presentan los resultados de la segunda parte del cuestionario a Usuarios/as, *“Consejerías antes de la realización del examen de ELISA”*⁴⁰ Consta de dos secciones. La primera, indaga sobre si el consejero/a que atendió a el/a consultante era o no el mismo que lo/a había atendido en la consejería pre test. La segunda se refiere al tiempo de duración de las consejerías post test y la evaluación que del tiempo hacen los/as consultantes. La tercera y última sección, se refiere a las actividades que se realizaron durante las consejerías post test.

Hay que señalar que en este capítulo se describen y analizan las opiniones y percepciones en torno a la consejería post test de los 22 usuarios/as que sí se realizaron el examen de ELISA después de la consejería pre test.

a) Entrega del resultados del examen

Casi la mitad de los/as consultantes encuestados/as (46%, 10 casos) señaló que el resultado del test de ELISA se lo entregó el/la mismo/a consejero/a que le realizó la consejería pre test. Siete (3 de 10) encuestados/as señalaron que el resultado se lo había entregado un/a consejero/a diferente.

Cuadro 6.6. ¿El resultado del Test de Elisa se lo entregó la misma persona con la que conversó antes de hacérselo? (porcentajes)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Casos Válidos	Si	10	45,5	45,5	45,5
	No	7	31,8	31,8	77,3
	Ns/Nr	5	22,7	22,7	100,0
Total		22	100,0	100,0	

⁴⁰ Preguntas 7 a 10. Ver Anexo 1 para ver el cuestionario.

b) Tiempo que duró la consejería post test

La duración promedio de la consejería post test a la que asistieron los/as consultantes encuestados/as fue de 21 minutos. Este tiempo es levemente superior al tiempo de duración de las consejerías pre test (19 minutos). Existe variabilidad en el tiempo promedio que los/as consultantes señalaron que había durado las consejerías post test⁴¹. De este modo, un cuarto de manifestó que el tiempo de duración de la consejería post test a la que había asistido fue de hasta 10 minutos, la mitad que duró hasta 20 minutos, y un cuarto que duró 30 o más minutos (cuadro 6.7).

**Cuadro 6.7. Resumen estadístico del tiempo de duración de la consejería post test
Número de casos, estadísticos de tendencia central, de dispersión y de posición**

N	Casos Válidos	15
	Casos perdidos	7
Promedio		21,4
Mediana		20,0
Moda		30,0
Desviación estándar		14,1
Percentiles	25	10,0
	33	15,0
	50	20,0
	66	27,8
	75	30,0

Quince de los/as 22 consultantes encuestados/as señalaron que el tiempo de duración de las consejerías post test había sido suficiente para poder aclarar dudas y/o preguntas durante las consejerías post test. Sólo tres señalaron que el tiempo de duración había sido insuficiente (cuadro 6.8).

Cuadro 6.8. A su juicio, ¿el tiempo que duró la entrevista fue suficiente para poder aclarar dudas y/o hacer preguntas y comentarios? (porcentajes)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Casos Válidos	Suficiente	15	68,2	68,2	68,2
	Insuficiente	3	13,6	13,6	81,8
	No sé	1	4,5	4,5	86,4
	NR	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

c) Acciones que se realizaron en la consejería post test

Como forma de evaluar las acciones que los/as consultantes señalaron que el o la consejero/a realizó durante las consejerías post test, se utilizó la misma lista de actividades usada en el cuestionario aplicado a consejeros/as en los módulos post test negativo y post test positivo. La

⁴¹ Existe una desviación estándar respecto de la media de 14 minutos, y el rango de duración varía desde 4 minutos hasta los 60 minutos.

construcción de esta lista se basó en la revisión de diferentes documentos, y fue validada en el pre test del cuestionario⁴².

Las acciones de esta lista son actividades que idealmente debieran realizar los/as consejero/as en las consejerías pre test para que estas, en primer lugar, estén centradas en los/as consultantes, y en segundo, sean efectivas como estrategia preventiva.

Las acciones son las siguientes:

- Durante la entrevista ¿Le entregaron personalmente y en privado el resultado del examen?
- Durante la entrevista ¿Le ayudaron a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en su vida sexual?
- Durante la entrevista ¿Le informaron sobre las distintas fases del VIH/Sida?
- Durante la entrevista ¿Le entregaron información para prevenir la transmisión del VIH a otra persona?
- Durante la entrevista ¿Le entregaron información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo?
- Durante la entrevista ¿Abordaron con el/la consejero/a las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.?
- Durante la entrevista ¿Le explicaron el funcionamiento del programa VIH?
- Durante la entrevista ¿Le informaron de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo?
- Durante la entrevista ¿Le hablaron de los tratamientos antirretrovirales y el cambio en la sobrevida y calidad de vida?
- Durante la entrevista ¿Le realizaron una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo?
- Durante la entrevista ¿Le sugirieron que se realizara otro examen una vez concluido el período ventana?

⁴² Los contenidos de la lista aplicada a usuarios/as contiene las mismas actividades que la aplicada a consejeros/as en los módulos post test negativo y positivo a excepción de algunas pequeñas diferencias. Respecto al módulo post test negativo no se preguntó sobre si había conversado o hecho mención respecto al período ventana. Respecto al módulo post test positivo no se preguntó por la actividad de evaluación de las redes de apoyo interpersonal con las que cuenta el o la consultante.

Cuadro 6.9. Se conversó o le hicieron mención de lo que se indica durante la consejería post test (porcentajes)

		N	Col %
Durante la entrevista ¿Le entregaron personalmente y en privado el resultado del examen?	Si	15	68,2%
	No	2	9,1%
	NC	2	9,1%
	Nr	3	13,6%
Durante la entrevista ¿Le ayudaron a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en su vida sexual?	Si	15	68,2%
	No	1	4,5%
	NC	2	9,1%
	Nr	4	18,2%
Durante la entrevista ¿Le informaron sobre las distintas fases del VIH/Sida?	Si	7	31,8%
	No	6	27,3%
	NC	3	13,6%
	Nr	6	27,3%
Durante la entrevista ¿Le entregaron información para prevenir la transmisión del VIH a otra persona?	Si	9	40,9%
	No	3	13,6%
	NC	3	13,6%
	Nr	7	31,8%
Durante la entrevista ¿Le entregaron información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo?	Si	2	9,1%
	No	8	36,4%
	NC	7	31,8%
	Nr	5	22,7%
Durante la entrevista ¿Abordaron con el/la consejero/a las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.?	Si	4	18,2%
	No	7	31,8%
	NC	7	31,8%
	Nr	4	18,2%
Durante la entrevista ¿Le explicaron el funcionamiento del programa VIH?	Si	4	18,2%
	No	6	27,3%
	NC	6	27,3%
	Nr	6	27,3%
Durante la entrevista ¿Le informaron de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo?	Si	6	27,3%
	No	4	18,2%
	NC	8	36,4%
	Nr	4	18,2%
Durante la entrevista ¿Le hablaron de los tratamientos antirretrovirales y el cambio en la sobrevida y calidad de vida?	Si	2	9,1%
	No	5	22,7%
	NC	8	36,4%
	Nr	7	31,8%
Durante la entrevista ¿Le realizaron una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo?	Si	4	18,2%
	No	12	54,5%
	Nr	6	27,3%
Durante la entrevista ¿Le sugirieron que se realizara otro examen una vez concluido el período ventana?	Si	7	31,8%
	No	11	50,0%
	Nr	4	18,2%

Como forma de evaluar las actividades que los/as consultantes señalaron que el o la consejero/a realizó durante las consejerías post test, se utilizó la misma lista de actividades usada en el cuestionario aplicado a consejeros/as. Para la construcción de esta lista basó en la revisión de diferentes documentos, y fue validada en el pre test del cuestionario⁴³.

Es pertinente recordar nuevamente, que esta lista no es exhaustiva, es decir no agota todas las actividades posibles, pero si delimita el universo de actividades, por lo que puede ser definida como extensiva.

Esta lista aborda tres tipos de acciones.

- Que tienen que ver con la forma en que se realizan las consejerías donde el énfasis está puesto en los derechos de los/as consultantes involucrados en la consejería.
- Que tienen que ver con la entrega de información para el conocimiento y la prevención de los/as consultantes.
- Que tienen que ver con la historia sexual de los/as consultantes y las estrategias que utilizan los/as consejeros/as para comprender estas historias desde la perspectiva de los/as consultantes.

De este modo, en el cuadro 6.9 se aprecia que las actividades que los/as consultantes indicaron que los/as consejeros/as habían realizado durante las consejerías post test a las que habían asistido, se pueden dividir en tres grupos según la proporción de usuarios/as encuestados/as que señalaron que las habían realizado.

En el primer grupo, encontramos dos acciones que 15 consultantes (70%), que se realizaron el test de ELISA, afirmaron que se habían realizado durante la consejería post test. Estas acciones fueron: “*Le entregaron personalmente y en privado los resultados del examen*”, y “*Le ayudaron a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que puede tener en su vida sexual*”.

Un segundo grupo, está compuesto por acciones que entre 7 y 4 usuarios/as (entre 32% y 40%), que se realizaron el test de ELISA, señalaron que se habían realizado durante la consejería post test. Estas acciones fueron: “*Le entregaron de información sobre las distintas fases del VIH/SIDA*”, “*Le entregaron de información sobre los distintos lugares a los cuales se puede recurrir para recibir apoyo*”, “*Le sugirieron que se realizara otro examen una vez concluido el período ventana*” (realizadas por 7 usuarios/as – 30%); y “*Abordaron con el/la consejero/a las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.*”, “*Le explicaron el funcionamiento del programa VIH/SIDA*”, y “*Le hicieron una demostración y/o reforzamiento del uso del preservativo*” (realizadas por 4 usuarios/as - 18%).

El tercer y último grupo, está compuesto por dos acciones que sólo dos consultantes (9%), que se realizaron el test de ELISA, señalaron que se habían realizado durante la consejería post test.

⁴³ Los contenidos de la lista aplicada a consultantes contiene las mismas actividades que la aplicada a consejeros/as a excepción de la actividad *Explica que si el examen sale positivo debe realizarse una confirmación del examen que demora un tiempo más (13l)* que aunque aparece en la lista a consejeros/as no aparece en la lista a usuarios/as, y la actividad *Le entregaron algún folleto o material escrito y condones (3h)*, que aunque aparece en la lista aplicada a usuarios/as no aparece en la lista aplicada a consejeros/as.

Estas acciones fueron: *“Le hablaron sobre los tratamientos antirretrovirales y el cambio de sobrevida y calidad de vida”, “Le entregaron información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo”*.

A diferencia de lo que ocurría en las respuestas de los/as consultantes sobre la consejería pre test, sólo en 6 de las 11 actividades de la lista la proporción de consultantes que señaló que se habían realizado las actividades durante la consejería post test fue mayor en quienes asistieron a consejerías de 20 y más minutos. En las otras 5 actividades quienes asistieron a consejerías post test de 15 o menos minutos señalaron en una proporción mayor haber realizado esas actividades (Anexo 4).

En las entrevistas en profundidad las personas que viven con el VIH indicaron lo que les habían explicado sobre la enfermedad los/as consejeros/as. Las mujeres dicen que poca información recibieron e incluso a uno que se iba a morir pronto. Los hombres señalan que algo les dijeron, con indicaciones de distinto tipo entre clínicas, morales y conductuales.

Lo que le explicaron a las mujeres sobre la enfermedad

- Nada (2)
- No mucho (1), *“en realidad no recuerdo mucho, es que yo iba a esperar el no, y me cerré después de que me dijo que sí”*.
- Lo básico (2) *“que desde hoy en adelante tenía que cuidarme mucho, pero mucho que era una enfermedad crónica, que ya no era mortal, que podía vivir más año”*s.
- Que me iba a morir, en 6 meses o 1 año (1). *“Después, cuando me entrevisté con la Dra. me dijo que no, que me quedaba mucha vida si me cuidaba”*.

Lo que le explicaron a los hombres sobre la enfermedad

- Si, algo me explicaron (9),
 - *que era portador.*
 - *Sobre el virus, cómo se contrae, cómo se evita, cuidados, vida saludable.*
 - *De cómo las personas se contagiaban*
 - *Las conductas que debo tener*
 - *Que no tuviera relaciones sin condones,*
 - *Las etapas de la enfermedad,*
 - *Las consecuencias de tener VIH potenciales si no me cuidaba y no tomaba precauciones*
 - *Insistieron en que había que cambiar de estilo de vida.*
 - *que tenía los tratamientos, los controles, que fuera, que no dejara de ir, porque si no me perjudicaba a mi solamente.*
 - *No fumar mucho, tomar, cuidarme de los resfríos, tomar vitaminas, comer lo normal no más.*
 - *Qué drogas tenía que tomar.*
 - *Como es el sistema, que me da el sistema, los beneficios, las normas,*
- No, nada (3)
- *“Me dijeron que volviera en unos días y ahí íbamos a conversar más”*.

- Maltrato (2) *“Sólo que me iba a morir. Que tenía que tenía que dejar de vivir normalmente, tenía que empezar a tratarme a mí mismo como un viejo, no salir de noche, abrigarme”*.

Hombres y mujeres PVVIH se quedaron con dudas que no pudieron resolver en la consejería post.

Las dudas que las mujeres no pudieron resolver:

- *Con el apoyo de mi marido, y ahí empecé a ir a la iglesia cristiana, a seguir a dios, que era lo único que me podía ayudar. No tenía idea qué era el SIDA.*
- *Más que dudas era el shock de la noticia. Una vez que me calmé, que fue otra ve que vine, ahí pude preguntar... las dudas que tenía eran en qué estado estaba yo*
- *No, aclaró dudas.*
- *No quedó con dudas.*
- *En realidad solo escuché algunas cosas*

Las dudas que los hombres no pudieron resolver:

- *No. (8) Nunca, todo lo que pregunto me lo contestan, se dan el tiempo*
- *Pensaba que se podían haber equivocado.*
- *No, ahora están naciendo algunas, pero si vengo para acá las soluciono*
- *Me hubiese gustado más información*
- *Algunas cosas que no quería hacer, tener relaciones, por miedo, por temor.*
- *Todas las dudas, no tenía idea de nada, me resfriaba harto, me empezaron a bajar las defensas, no me mejoraba con nada, no me atrevía a decirle a nadie. No me aclararon nada. Tenía muchas dudas sobre el protocolo de acceso a los medicamentos*
- *Dudas de la persona que me hizo el mal, porque estábamos en pareja, ella sabía.*

Entre los hombres y las mujeres PVVIH hubo aspectos que le llamaron la atención y fueron mencionados en las entrevistas en profundidad. Están referidas al maltrato, la forma en que le entregaron la información, el poco tiempo de la consejería, las actitudes homofóbicas, el que le hayan hecho el examen sin que supieran.

Les llamó la atención a las mujeres:

- *El maltrato (2) “Que te discriminen al tiro. Sí, su carácter, muy bruta”.*
- *Que le entregaran los resultados por teléfono, la primera vez y la segunda se los dejaron en la recepción.*
- *“Me hubiese gustado tener más tiempo, así te sientes más relajada... Habría cambiado el no por el si... el resto todo bien”.*

Les llamó la atención a los hombres:

- *No, nada le llamó la atención (6)*
- *Ganas de llorar*
- *El que me ofreciera su apoyo, su actitud de servicio*

- “El que insistieran tanto en cuál era mi orientación sexual. Me preguntaban si era homosexual o no. Yo tenía 18 años y el que me haya preguntado tan directamente me coartó. Yo lo trate de desviar, pero me insistía”.
- El maltrato (3) “Sí, que estaba tomando cafecito con galletas. Yo preocupado de otra cosa y ella haciendo eso, no le dio mucha importancia a lo que uno sentía. El tiempo que tuve que esperar. Que todo era apurado, rápido e impersonal”.
- “El que me hayan hecho el examen sin que yo supiera”.

Las mujeres manifestaron (4 de 5) en las entrevistas en profundidad que no les había servido la consejería para conocer el sistema de atención a PVVIH y todas dijeron que no les había entregado herramientas para el autocuidado como PVVIH. Los hombres en su mayoría dijeron que sí les sirvió para conocer el sistema y que les entregó herramientas para el autocuidado.

Son diversas las respuestas en las entrevistas en profundidad cuando se les pregunta sobre la confidencialidad y privacidad del lugar en el que se hizo la consejería. Algunas señalan que la hubo, otra no; respuestas semejantes se obtuvieron de los hombres.

Opinión de las mujeres:

- Bien. Siempre fue confidencial (4)
- Tomar una medida para que fuera en secreto, no...
- Mala

Opinión de los hombres:

- Bien (6)
- Igual se supo (2)
- Malo (3), era un lugar sin privacidad. Le avisaron con el chofer. La enfermera llamó a gente para decirle que estaba viviendo con el virus.
- Malo, malo. Había gente que uno no tiene porque estar con ellos, gente rota, cochina, travestis, gente ordinaria
- Muy mala. Debieran haberme avisado del examen.

Hay evaluaciones buenas y malas entre hombres y mujeres PVVIH en las entrevistas en profundidad.

Evaluación de las mujeres

- Pésima, mala; la segunda vez fue mejor con la doctora (3)
- Buena (3)

Evaluación de los hombres

- Buena (8) *Humana quedé conforme.*
- Regular (2)
- Mala (2)
- *La señora tenía las mejores intenciones, pero pocas herramientas (1)*

d) Sugerencias desde los/as consultantes a la consejería en prevención primaria

- Debería ser más publicitado (1)
- Que se dieran más tiempo para atender (2)
- Los horarios: que se respetare; son pocos los horarios...
- La demora, más rapidez (4)
- Mejorar el lugar, la sala de espera. *"Creo que si fuera un lugar destinado a pura gente... y entrar, no creo que sea muy bueno un lugar con pura gente que venga al examen. A lo mejor puede ser bueno conversar con la gente que está esperando, qué le pasó. Yo soy hombre, no tengo problemas, pero la gente vienen con guagua, o embarazada y no puede estar mucho parada. Para que uno se sienta más a gusto, hacer separaciones de sala de espera. Porque uno ya al estar sentado ahí, ya escucha a los maricones, a los homosexuales, incluso algunos que se dan besos, ya sea al llegar, al entrar, y eso a mí me da vergüenza ajena, yo odio a los maricone"s.*
- Tener un monitor, entregar folletos, responder dudas. Una suerte de Red. (1)
- Que sea absolutamente informado, que te expliquen todo el proceso desde que te dan la orden para el test de Elisa, hasta que tienes el resultado.

e) Sugerencias desde las personas viviendo con VIH

De las mujeres:

- Que no tienen porque juzgar las personas, conocer el motivo
- más información, campañas
- Que hubiera personas bien capacitadas, que supiera de todo
- Que haya personas que estén viviendo con la enfermedad para capacitar
- Necesitan más dinero y más apoyo.
- Que todo fuera más confidencial.
- Al sistema de salud le falta sensibilidad. Hay personas que están ahí por vocación y otras por el sueldo. Son las de vocación las que deben estar, las otras no.
- Sería mejor que te diera el resultado la psicóloga, porque hay personas que esto les llega muy fuerte.
- Que sean más abiertos
- Que los médicos se den tiempo para hacer las entrevistas y no nos miren como bicho raro.
- Que una vez por mes se nos dé una charla.

De los hombres

- Que haya personas que informen, expliquen a todos, sanos y con VIH
- Que no se discrimine, que discriminen menos
- Que la sociedad cambie, que no mire a los VIH mal
- Lo fundamental es el apoyo y la confianza
- Que se más preventiva
- Que hubiera más consejería, que estuvieran más informados
- Que se hagan reuniones en las que nos juntemos, conocer gente como yo que yo soy diferente

- Que los hospitales se abran a las personas seropositivas y de ONG's que hacen consejería para integrarlas.
- Se puede combinar consejería con personal de salud y con pares.
- Falta validar al agente en regiones, a la gente de las organizaciones.
- Hay gente que hace consejería que no está comprometida con el tema.
- No se debieran centrar tanto en el tema salud y ver otras cosas de carácter social.
- Algo que ayudara a enfrentar la enfermedad, porque cuesta mucho sobrevivir con ella
- Mejorar el lugar donde se hace la consejería
- Que los consejeros tuvieran educación sexual, pero no sólo sobre VIH. Que manejaran todo lo que es la sexualidad humana en todo lo que apunta a ella, más que sólo de virus. Debieran desprejuiciarse.
- Que entendieran los funcionarios que el sistema de salud no es un sistema de limosna pública, que uno va para allá porque tiene derechos.
- Ampliar la capacitación a todos los funcionarios del sistema, no en consejería, sino que en VIH
- Que se haga una consejería de manera grupal, así como en la ONG

VII. LA CONSEJERÍA ENTRE PARES EN INSTITUCIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL – REGION METROPOLITANA

A continuación se presenta los resultados del estudio diagnóstico de la práctica de consejería pre y post test de ELISA y de prevención del VIH en las instituciones de la sociedad civil de la Región Metropolitana.

En esta investigación se consideró a la consejería como una práctica social multidimensional y compleja cuya estructura busca configurar un acontecimiento que permita abordar el proceso en relación con el test de Elisa y la información que se desencadena a partir de su ocurrencia. La consejería en VIH abre diversas trayectorias personales e institucionales que son difíciles de predecir o anticipar por sus actores, por ello hemos señalado que se trata de una práctica cuyas características se recrean y actualizan cotidianamente en la acción que despliegan consejeros/as y usuarios/as en el marco de las organizaciones que los acogen.

Esta práctica social se realiza en la visión de ciertos entornos o contextos con los cuales se relacionan las instituciones o que se busca resistir de acuerdo con la interpretación que se hace de ellos. Las oportunidades de modificar los entornos, o el tema del cambio, es posible pesquisarlo al examinar esas construcciones discursivas. En este mismo sentido, las intenciones de la consejería que se analizan en el apartado de su estructura, también dan cuenta de esa búsqueda del cambio de los sujetos participantes y de alguna forma lo ubican en lugares sociales con diversos grados de concreción histórica, social, cultural y psicosocial, como alguno de sus contextos principales.

La consejería, a partir de su estructura que se ha configurado en el tiempo y la visualización de los entornos en que se encuentra, requiere ser reproducida, siendo una las acciones principales la formación de los consejeros. En este capítulo se analiza la mirada de los entrevistados en este ámbito.

El desarrollo y el presente de la práctica de consejería les permite a los consejeros/as, encargados de consejería y directivos enunciar las carencias, expectativas y demandas. El potencial transformador de su experiencia pasa por creer que existen entornos o trayectos posibles o alternativas al presente y sus tendencias. De ahí la importancia de considerar este aspecto en el análisis para la optimización de la consejería para la prevención del VIH en la sociedad civil.

Finalmente, se ha incorporado una sección sobre la mirada de los usuarios acerca de su experiencia de uso de los servicios de consejería en la sociedad civil. Esta visión busca aportar a las relaciones de pertinencia que guarda la consejería con sus destinatarios y a la vez, mostrar las interpretaciones que elaboran de sus servicios, que en algunos casos era inesperado en relación con el test de Elisa.

1. Estructura de la consejería en las instituciones de la sociedad civil a partir de su implementación

El estudio de la estructura de la consejería en las instituciones de la sociedad civil considera la presencia de múltiples dimensiones en esta práctica de trabajo que se recrea y actualiza cotidianamente en su implementación. En esta perspectiva, hemos utilizado como fuente de información principal el discurso de los consejeros, encargados de consejería y directivos de estas organizaciones con el propósito de dar cuenta de los discursos circulantes respecto de esta práctica⁴⁴.

La conceptualización de la estructura de la consejería tuvo presente la complejidad de esta práctica de trabajo de prevención del VIH/SIDA, reconociéndose seis dimensiones básicas:

1. Las intencionalidades de la consejería
2. Los actores de la consejería
3. La relación o mediación en la consejería
4. Acciones en las sesiones de consejería (preparación, implementación y evaluación)
5. Técnicas o materiales de apoyo a la consejería
6. Contexto temporal y espacial de la sesión.

Al considerar la secuencialidad de las sesiones de consejería para el test de Elisa, se encuentra establecida entre los entrevistados la distinción de pre y pos-test, a su vez diferenciando en este último caso entre resultados negativo y positivo. El análisis fue organizado considerando esta diferenciación en la medida en que aglutina características diferenciales de la práctica de la consejería y, además, corresponde con formas de trabajo reconocidas por las organizaciones.

a) Las intencionalidades de la consejería

Las intencionalidades y objetivos de la consejería desarrollada por las organizaciones de la sociedad civil, permiten determinar los cambios que se persiguen con esta práctica y posibilita, con diversos grados de precisión y formalización, observar las relaciones existentes entre los resultados esperados y obtenidos en cada experiencia de consejería y las intenciones consideradas en su conjunto.

En el discurso de los entrevistados es posible identificar las siguientes intenciones para la consejería considerada de un modo global, según cada una de las instituciones de la sociedad civil:

⁴⁴ Por ello, es necesario tener presente la posibilidad de una cierta distancia con las formulaciones oficiales de las instituciones o las prescripciones de los organismos especializados en esta materia.

Institución	Descripción de las intencionalidades de la consejería en VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • En el fondo, “ningún consejero puede solucionar nada”. • “Abrimos caminos, damos orientación y damos información”. • Una consejería debe instalar en las personas una conciencia con respecto a sus propios riesgos. • Un examen de VIH debe ir necesariamente acompañado de una consejería. • “Nosotros no <i>aconsejamos</i> a la gente... somos orientadores más que consejeros” • Lo ideal es que la consejería vaya acompañada por el test de Elisa. • “Que la gente sea capaz de medir sus riesgos”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • En una consejería no se trata de “dar consejos”, sino de entregar información. • El papel de la consejería es instalar en las personas “la conciencia de lo que está pasando”. • “Acompañar” a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con el VIH/SIDA. • Dar a conocer las situaciones de vulnerabilidad frente al VIH que pueden ocurrir. • Indagar no solamente en la vulnerabilidad individual, sino también en aquellas de carácter social (discriminación sexual). • La consejería posee un aspecto fundamentalmente político... “querer cambiar el entorno”. • Abrir una conversación en donde se establezca el “cuándo” de la vulnerabilidad y no el “por qué”. • “Las estrategias de la orientación están claras desde que se sistematizó las orientaciones desde el año 87”. • La actividad de consejería no tiene mayor incidencia a nivel nacional, sino más bien influye siempre a nivel personal. • No se puede hablar de “consejería” en la medida en que “no puedes imponerle a alguien algo”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • “El espacio de consejería es un espacio privilegiado de educación”. • La consejería en LAZOS da la posibilidad de conversar de temas de salud no necesariamente vinculados al VIH/SIDA, ni al test de Elisa. • Se espera que el consultante “aterrice” y “acote su imaginación” con respecto al VIH/SIDA. • Se espera, ante todo, disminuir los niveles de angustia de los consultantes. • Cada consejería “es un desafío... una situación de alerta”. • Una consejería debe ser un espacio de derivación hacia una psicoterapia.
MUMS	<ul style="list-style-type: none"> • Las consejerías tienen una función preventiva y no una función “militante” o “política”. • El tema de la sexualidad es “muy fuerte” en las consejerías de la institución. • La intención es encauzar la consejería siempre en el tema de la sexualidad. • Enfocar la sexualidad como una construcción social y los problemas que ello conlleva. • Una buena consejería “es un lugar donde yo me pueda sentir grato”, más allá de lo que se diga. • “El objetivo de la consejería no es el examen”, sino “entregar herramientas a la persona para que finalmente pueda formar su propia gestión de riesgo”. • “A nadie [en el MUMS] le gusta el término consejerías”, en tanto supone una relación jerárquica. • “Nosotros ofrecemos un centro de apoyo en donde la persona puede conversar” sobre la orientación sexual y/o sobre el VIH/SIDA.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La necesaria acogida hacia quienes ocupan el servicio. • Ser consejero significa entregar la suficiente información con respecto al tema del VIH/SIDA, “que no haya nada que quede difuso”. • Implica también la tolerancia hacia la juventud. • Desmitificar las prácticas de prevención que no son tales, sobre todo las que circulan

	<p>entre los jóvenes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En general, es difícil establecer una sola imagen de la sesión de consejería, pues todo depende mucho del usuario/a que requiere el servicio. • Una buena consejería es la que permite “abrir ventanas” a las personas, y que éstas por sí solas “se hagan cargo” de lo que les ocurre. • La consejería es, antes que todo, “un espacio para conversar” y no necesariamente un acompañamiento. • La consejería es básicamente un proceso de aprendizaje en diversas circunstancias. • El papel de la consejería es “crear puentes, clarificar conceptos” y “ayudar a la persona en una situación de vulnerabilidad”. • La consejería es más “un proceso de acompañamiento” que “dar consejos” a otro. • Pueden existir consejerías dedicadas a la prevención y no necesariamente remitidas al test de Elisa. • La consejería en RED–OSS ocupa un lugar importantísimo... “siempre estamos haciendo consejerías”. • La consejería juega un rol fundamental en la prevención primaria del VIH. • Por ser voluntaria, a la consejería los usuarios concurren con una buena disposición. • “Nosotros estamos comprometidos con una causa”, a diferencia de otras instituciones públicas de salud. • La consejería, en la institución “apunta hacia un apoyo de las personas”, sobre todo en la prevención. • “Yo veo un espíritu de servicio enfocado a detener el avance de la epidemia”.
--	--

Es necesario advertir que la existencia de un conjunto de micro-objetivos sin una necesaria secuencialización y la ausencia de precisión en sus enunciados no constituye un elemento erróneo o inesperado para las instituciones, pues se trata de distinciones establecidas en las interpretaciones que espontáneamente elaboraron los consejeros y directivos entrevistados.

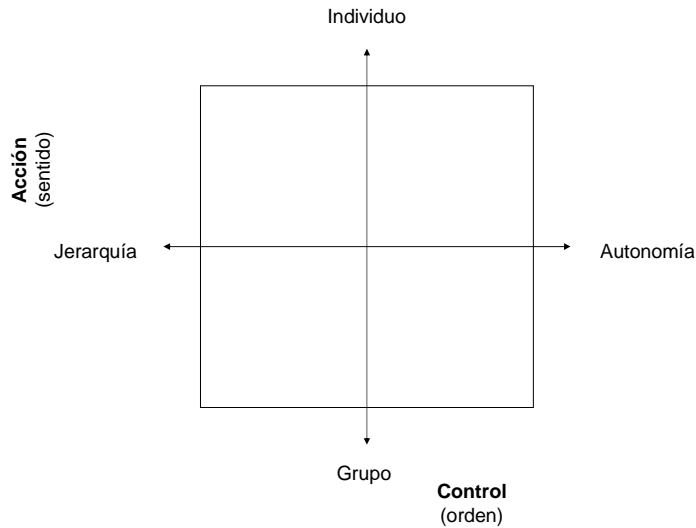
Estas intenciones para la consejería adquieren sentido al interior de orientaciones culturales que se encuentran presentes en las organizaciones, algunas con un mayor énfasis, conflicto o combinaciones específicas, otorgándoles una complejidad cultural notoria. Siguiendo a los trabajos de Brunner (1994)⁴⁵ de un enfoque bidimensional centrado en los modos culturales, podemos identificar que la consejería en cuanto práctica social puede organizarse tanto desde el individuo como desde el grupo, con relaciones que enfatizan la jerarquía o la autonomía de los actores.

En este contexto, en una misma organización de la sociedad civil pueden concurrir prácticas e interpretaciones que enfatizan la pertenencia de consejeros y usuarios a una misma comunidad – en cuanto representación social- , a la vez centrar el discurso de la prevención del VIH/SIDA en el individuo y su campo autónomo de decisiones.

Las experiencias de la consejería que se encuentran centradas en el individuo, sea en sus roles de consejeros o usuarios, comprende tanto aquellas intenciones que otorgan una autonomía a los sujetos participantes, como también, los micro-objetivos que enfatizan su inclusión en estructuras jerárquicas respecto a su comportamiento y construcción de interpretaciones.

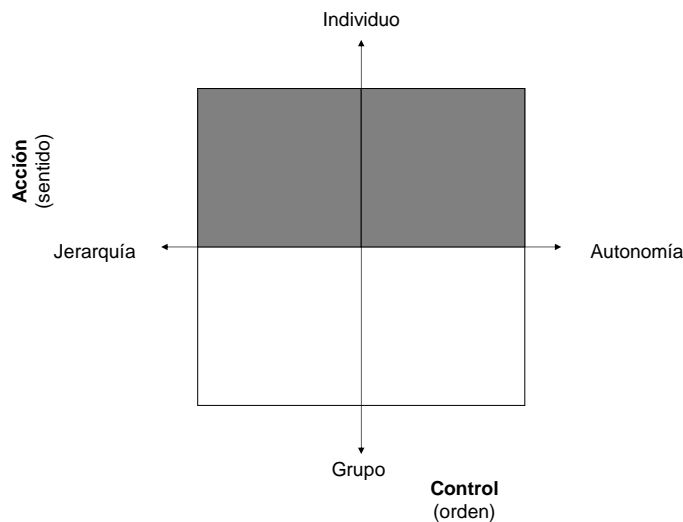
⁴⁵ Brunner, José Joaquín (1994) Cartografías de la modernidad. Santiago: Dolmen Ediciones.

Figura 1:
Diagrama de ejes y polos constitutivos de los modos culturales puros
 Fuente: Brunner, 1994:15.



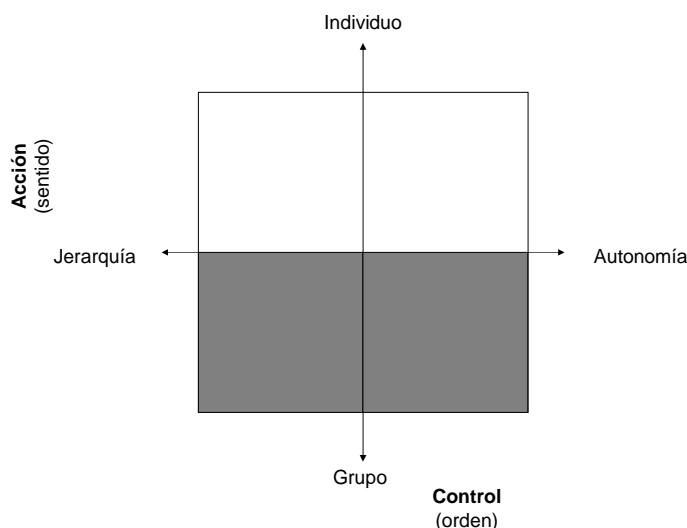
En el polo de la autonomía encontramos la atribución del papel al consejero de “abrir ventanas” a las personas, y que éstas por sí solas “se hagan cargo” de los que les ocurre. En este discurso se expresa una resistencia a establecer imágenes únicas de las sesiones de consejería, pues el usuario/a establece los requerimientos de la situación, y más bien se busca instalar la consejería como “un espacio para conversar”, estableciendo el derecho y libertad de cada individuo para concretar ese espacio.

Figura 2:
Diagrama de ejes y polos individuo constitutivos de los modos culturales puros
 Fuente: Brunner, 1994:15.



En el extremo opuesto, el individuo se despliega en la estructuración y organización de las sesiones de consejería. En este último caso encontramos la definición de la consejería como un espacio de derivación del usuario hacia una psicoterapia de orientación psicoanalítica que pueda abordar las singularidad del sujeto consultante, y de este modo, se encuentra regulada la acción del usuario desde una visión exterior respecto a las instancias que deben ser utilizadas para su proceso personal en relación con los resultados del test de Elisa.

Figura 3:
Diagrama de ejes y polos grupo
constitutivos de los modos culturales puros
Fuente: Brunner, 1994:15.



Por otra parte, desplazándonos al polo del grupo existen en las prácticas de consejería de la sociedad civil experiencias donde la vivencia grupal es central para los sujetos. La presentación de la consejería como una acción dentro de un centro de apoyo, donde las personas pueden conversar sobre su orientación sexual y/o sobre el VIH/SIDA, pone un acento sobre la acogida institucional para esas inquietudes individuales. Igualmente, existen organizaciones de la sociedad civil donde la consejería de prevención del VIH/SIDA prioriza el tema de la sexualidad al conceptualizarla como una construcción social. Este marco interpretativo de una experiencia reconocida, íntima y personal, permite vincular las determinaciones de situaciones de vulnerabilidad individual con aquellas de carácter social, en particular la discriminación sexual en la sociedad chilena.

La consejería y la acción política comunitaria

Si bien la importancia del individuo es reconocida y enfatizada en las modalidades culturales que hemos reseñado, existen indicios en el discurso de consejeros y directivo que permiten identificar modalidades de mayor ritualización y comunitarismo de la práctica de consejería. Nos referimos a cuando las instituciones de la sociedad civil se estructuran como parte de un movimiento político que pugna por los derechos de las minorías sexuales en el país. Las intenciones que se enuncian para la consejería entran en diálogo y delimitación en relación con la acción política, un ejemplo de ello se encuentra en los siguientes enunciados:

- Las consejerías tienen una función preventiva y no una función “militante” o “política”.
- La consejería posee un aspecto fundamentalmente político... “querer cambiar el entorno”.
- “Nosotros estamos comprometidos con una causa, a diferencia de otras instituciones pública de salud”.

Sin embargo, en estos casos se reconoce que la práctica de la consejería, al establecer como núcleo la experiencia al individuo, tiene escasas posibilidades de generar consecuencias en sistemas sociales de mayor complejidad y desplegar una crítica a un orden cultural develado como homofóbico y discriminador. Un ejemplo lo encontramos en una institución que señala que: “la actividad de consejería no tiene mayor incidencia a nivel nacional, sino más bien influye siempre a nivel personal”. En esta cita podemos apreciar la polarización simbólica entre nación e individuo, donde la transformación social y política se encuentra radicada en el primer elemento y que sitúa al individuo en la ausencia del cambio en las condiciones de existencia colectiva.

El individuo y sus riesgos

En la experiencia individual de la consejería el tema del riesgo de adquirir el VIH/SIDA se constituye en un aspecto que es posible encontrar en todas las instituciones en estudio. El individuo y sus riesgos convocan la formulación de intenciones para esta práctica de trabajo:

- Una consejería debe instalar en las personas una conciencia con respecto a sus propios riesgos.
- “Que la gente sea capaz de medir sus riesgos”.
- El papel de la consejería es instalar en las personas “la conciencia de lo que está pasando”.
- Se espera que el consultante “aterrice” y “acote su imaginación” con respecto al VIH/SIDA.
- Cada consejería “es un desafío, una situación de alerta”.

Se busca que el individuo actúe calculando sus riesgos –la importancia de medirlos, por ejemplo– y que defina su comportamiento a partir de la conciencia de las situaciones donde se expone al VIH/SIDA y de ahí el concepto de “gestión de riesgo” y vulnerabilidad en la que se puede encontrar sin saberlo. En este contexto, si bien se reconoce la existencia de elementos ficcionales o imaginarios en relación con la epidemia, y que actualmente orientan a los sujetos, estos son desestimados para dar fundamento a la acción individual e incluso se persigue un “acotar” su realidad, instalándose la racionalidad consciente como eje articulador de la conducta del usuario.

Al priorizar la racionalidad, como eje del comportamiento orientado hacia los fines de la prevención del VIH/SIDA, estos propósitos requieren articularse con otros, que permitan proporcionar al individuo un cierto control de los factores determinantes y que podrían menoscabar sus oportunidades de éxito.

Entregar información

Entregar información constituye uno de los factores determinantes de la consejería y se encuentra presente en la formulación de intenciones y micro-objetivos de las instituciones:

- “El objetivo de la consejería no es el examen”, sino “entregar herramientas a la persona para que finalmente pueda formar su propia gestión de riesgo”.
- “Abrimos caminos, damos orientación y damos información”.
- En una consejería no se trata de “dar consejos”, sino de entregar información.
- Ser consejero significa entregar la suficiente información con respecto al tema del VIH/SIDA, “que no haya nada que quede difuso”.

En estos enunciados el papel de la información en la sesión de consejería se encuentra significada desde una lógica de uso que la define como una herramienta útil para la gestión del riesgo de adquirir el VIH.

La información y su distribución entre los usuarios se constituye en un mandato para el consejero, sin referencias concretas de su intensidad o extensión, por el contrario, son los propios usuarios y las señales que proporcionan en las sesiones las que delimitan un contorno a sus características.

La conversación como experiencia comunitaria e individual

Un segundo factor determinante, que guarda relaciones de cercanía o contigüidad con la transmisión de información, es la provocación de conversaciones, las cuales son mencionadas de manera reiterada en la atribución de intenciones a la consejería:

- Abrir una conversación en donde se establezca el “cuando” de la vulnerabilidad y no el “por qué”.
- La consejería da la posibilidad de conversar temas de salud no necesariamente vinculados al VIH/SIDA, ni al test de Elisa.
- La consejería es, antes que todo, “un espacio para conversar” y no necesariamente un acompañamiento.

La conversación establece una forma de comunicación particular, definida por la co-presencialidad de quienes participan y cuyo rasgo característico es la posibilidad de hablar tanto para el usuario como también, el consejero. Esta forma de relación comunicativa es especificada por los entrevistados en una doble dimensión:

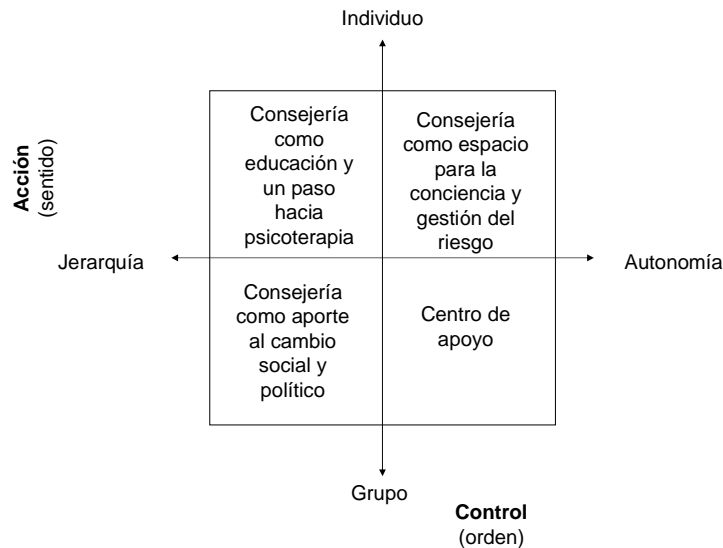
- En cuanto tiene un pacto temático referido a temas vinculados al VIH/SIDA, el test de Elisa y de salud en general, que permite enmarcar la conversación en torno a ciertos temas y no otros.
- Se especifica al proponer una lógica de la conversación donde se privilegia una aproximación descriptiva de la vulnerabilidad por sobre una de orden explicativo, expresado verbalmente por un entrevistado como el “cuando” de la vulnerabilidad y no el “por qué”.

Esta última puntuación sobre el habla del usuario, más allá del repertorio temático elegido, busca maximizar un efecto beneficioso en su comportamiento al ser representados como sujetos que deciden por sí mismos sobre sus riesgos en conductas específicas, y no las interpretaciones posibles en torno a ellas. Esas explicaciones forman parte de las intenciones de vincular la consejería con determinantes sociales y culturales, especialmente referidos a la homofobia y discriminación que ya analizamos anteriormente, y que sin embargo a nivel del procedimiento se desalientan en los diálogos entre consejero/a y usuario/a.

La información y la conversación co-presencial se encuentran ligadas necesariamente en la sesión de consejería para poder lograr una conciencia individual sobre el riesgo del VIH/SIDA y la determinación de situaciones de vulnerabilidad.

Si bien la información y conversación permite el establecimiento de relaciones donde la autonomía de los sujetos se logra visualizar, en algunas instituciones, cuando la práctica de consejería se ubica en el polo de la jerarquía que hemos ya indicado, la información se inscribe en la imagen de la consejería como educación, y donde el individuo decide a partir de una motivación que se le proporciona para el cuidado de sí. En este caso coincide con la visión de la consejería como un momento hacia la psicoterapia como destino del usuario a partir de su acceso a los servicios de apoyo que se le ofrecen. Educación y psicoterapia se encuentran enlazadas en esta propuesta, siendo significadas como actividades específicas, con deberes y derechos de los usuarios al interior de las organizaciones.

Figura 4:
Diagrama sobre la consejería
según ejes y polos constitutivos de los modos culturales puros



El cuestionamiento de la palabra consejería y la importancia del lenguaje compartido

En las instituciones de la sociedad civil se registró un cuestionamiento al uso de la palabra consejería:

- “Nosotros no aconsejamos a la gente, somos orientadores más que consejeros”.
- No se puede hablar de “consejería” en la medida en que “no puedes imponerle a alguien algo”.
- A “Nadie – en el MUMS – le gusta el término consejerías” en tanto supone una relación jerárquica.
- La consejería es más “un proceso de acompañamiento” que “dar consejos” a otro.

Los significados de la palabra consejería que intentan instalar las instituciones de la sociedad civil, se realiza desde una modalidad cultural que combina la individualidad autónoma de los usuarios y la base comunitaria de esas organizaciones. Se trata de un significado alternativo a una norma que establece la lengua y el sentido común, es decir, ya legitimado por la cultura pública. Esta resistencia semántica es expresiva de formas comunitarias que buscan modelar intencionadamente la transmisión, negociación, representación e interpretación de sentidos, en este caso, de la práctica de la consejería en VIH/SIDA.

El consejero, en ese contexto comunitario, emplea un lenguaje que connota la representación del individuo autónomo y que respeta los lazos comunitarios, valores que posee a partir de una práctica que los expresa.

Las intencionalidad en la consejería pre-test

A la sesión de consejería pre-test se le atribuyen un conjunto de intenciones y micro-objetivos que a continuación se detallan según institución de la sociedad civil:

Institución	Descripción de las intencionalidades de la consejería pre-test
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Visualizar hasta qué punto existe o no el riesgo en la conducta sexual del usuario. • Aclarar dudas básicas con respecto al VIH/SIDA. • Dar una seguridad en el usuario con respecto al test de Elisa. • No se puede obligar a nadie a la realización del examen del VIH.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir los niveles de ansiedad del consultante. • Despejar todas las dudas del consultante. • Entregar la mayor cantidad de información posible en torno al VIH/SIDA. • Anular los grados de estigmatización que existe en torno al VIH/SIDA. • Trabajar el tema de la sexualidad como tema principal, independientemente del test. • Derribar los mitos que existen en torno a las vías de transmisión del VIH/SIDA. • “Cambiar el lenguaje (en torno al VIH) desde el primer momento”. • “Que las personas puedan tener claras las situaciones de riesgo en las que incurren”. • Cambiar la conducta sexual de los consultantes. • “Entregar todas las herramientas básicas de prevención”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el por qué del consultante para querer realizarse el test de Elisa. • Establecer si es o no adecuado que el usuario se realice el test. • Introducir significados para los posibles resultados que pueda arrojar el test. • Evaluar si es o no necesaria la realización del test.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el por qué del no-uso del preservativo en los hombres homosexuales. • Lograr “que la persona se lleve herramientas necesarias y haya hecho una autogestión de sus propias situaciones de riesgo”. • Entregar las herramientas para una reflexión sobre la conducta por parte del consultante. • Lograr un empoderamiento del consultante frente a las situaciones de homofobia que debe enfrentar. • Lograr “que las personas golpeen las puertas de su entorno”, con lo cual bajarían los niveles de vulnerabilidad. • Entregar información suficiente sobre sexualidad, VIH y ETS. • Aclarar las dudas del consultante en torno a la prevención del VIH. • “Derribar los mitos” que existen en torno a las vías de transmisión del VIH/SIDA. • Lograr que el consultante visualice las situaciones de riesgo. • “No es un objetivo” que el consultante se realice el test de Elisa.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar en claro que el VIH es un “estado de salud” crónico más que un tema de muerte inmediata. • Dejar en claro que un resultado positivo no implica el término de la sexualidad. • Establecer que el uso del preservativo obedece a una cuestión de cuidado y “amor” por el otro. • Lograr que el usuario se realice el test de Elisa en el caso que hayan existido conductas de riesgo. • Lograr que el usuario sienta “que un resultado positivo no es tan terrible”. • Motivar el uso correcto del preservativo en los usuarios/as. • Lograr que, luego de realizado el test, el usuario acuda a recibir su resultado. • Garantizar que el usuario salga de la sesión de consejería con la información clara respecto al VIH/SIDA. • Dejar en claro que el tema del VIH no tiene que ver con la condición social. • “La idea no es dejar a todas las personas felices”. • Dejar en claro - sobre todo en las mujeres- que el uso del preservativo es un derecho.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se espera que el consultante adquiriera la conciencia de que el examen “es una cosa muy importante en su vida”. • Lograr que la persona “tome sus propias decisiones” en cuanto a la prevención. • Disminuir los niveles de ansiedad y angustia a los consultantes, cambiando la información errada que poseen.
--	---

* Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Estas intenciones se encuentran centradas tanto en el usuario, como también, en el consejero, lo cual le otorga una complejidad bajo la matriz dialogante que se analizó en el apartado anterior. Al analizar los micro-objetivos desde el punto de vista de los campos de aprendizaje –siguiendo la propuesta de la consejería como proceso educativo – y que se espera se actualicen en la sesión de consejería pre-test, podemos observar que se organizan en los ámbitos intelectual y afectivo.

A partir de esta orientación y con el propósito de análisis de los micro-objetivos reseñados, podemos analizarlos a luz de categorías cognitivo-conductuales⁴⁶ como es posible apreciar en el siguiente cuadro:

Campos de aprendizaje	Consejero/a	Usuario/a
Habilidades intelectuales	<ul style="list-style-type: none"> • Despejar todas las dudas del consultante en torno a la prevención del VIH. • Anular los grados de estigmatización que existe en torno al VIH/SIDA. • Aclarar dudas básicas con respecto al VIH/SIDA. • “Que las personas puedan tener claras las situaciones de riesgo en las que incurren”. • Entregar todas las herramientas básicas de prevención para una autogestión del riesgo y reflexión sobre la conducta del consultante. • Establecer si es o no adecuado que el usuario se realice el test. • Evaluar si es o no necesario la realización del test. • Dejar en claro que el VIH es una “estado de salud” crónico más que un tema de muerte inmediata. • Dejar en claro que un resultado positivo no implica el término de la sexualidad. • Establecer que el uso del preservativo obedece a una cuestión de cuidado y “amor” por el otro. • Dejar en claro que el tema del VIH no tiene que ver con la condición social. • Dejar en claro – sobre todo en las mujeres – que el uso del preservativo es un derecho. • Lograr que la persona “tome sus propias decisiones” en cuanto a la prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el por qué del consultante para querer realizarse el test de Elisa. • Establecer el por qué del no uso del preservativo en los hombres homosexuales.

⁴⁶ Gagné, R. (1970). Las condiciones del aprendizaje. Madrid: Aguilar. Para una crítica del enfoque de Gagné ver J. Gimeno Sacristán (1995) La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. Madrid: Ediciones Morata.

Estrategias cognoscitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Visualizar hasta qué punto existe o no el riesgo en la conducta del usuario. • Derribar los mitos que existen en torno a las vías de transmisión del VIH/SIDA. • Cambiar el lenguaje (en torno al VIH) desde el primer momento. • Se espera que el consultante adquiera la conciencia de que el examen “es un cosa muy importante en su vida”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el consultante visualice las situaciones de riesgo.
Información verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar la mayor cantidad de información posible en torno al VIH/SIDA. • Trabajar el tema de la sexualidad como tema principal, independiente del test. • Introducir el significado para los posibles resultados que pueda arrojar el test. • Entregar información suficiente sobre sexualidad, VIH y ETS. • Garantizar que el usuario salga de la sesión de consejería con la información clara respecto al VIH/SIDA. 	
Aprendizaje de actitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la conducta sexual de los consultantes. • Lograr que el usuario se realice el test de Elisa en el caso que haya existido conducta de riesgo. • Lograr que, luego de realizado el test, el usuario acuda a recibir su resultado. • Dar una seguridad en el usuario con respecto al test de Elisa. • No se puede obligar a nadie a la realización del examen del VIH. • Disminuir los niveles de ansiedad y angustia del consultante, cambiando la información errada que posee. • Lograr un empoderamiento del consultante frente a las situaciones de homofobia que este debe enfrentar. • Lograr “ que las personas golpeen las puertas de su entorno”, con lo cual bajarían los niveles de vulnerabilidad. • Lograr que el usuario sienta “que un resultado positivo no es tan terrible”. • Motivar el uso correcto del preservativo en los usuarios/as. • “La idea no es dejar a todas las personas felices”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “No es un objetivo” que el consultante se realice el test de Elisa.

Si observamos los micro-objetivos de la consejería pre-test, a partir de esta clasificación, podemos constatar que tienden a concretarse en el consejero como actor de la situación. El consejero se enfrenta a la necesidad de ejercitar un conjunto de aprendizajes, cuyo efecto acumulativo garantizará el éxito de una consejería de calidad. En este sentido surge como interrogante crítica respecto al discurso de los entrevistado lo siguiente:

- ¿Por qué no enunciar micro-objetivos donde el usuario sea el actor principal de realización de los aprendizajes?
- ¿Es posible garantizar los cambios que se buscan sin lo anterior?
- ¿Podrían las intenciones ser formuladas con mayor precisión y aplicabilidad práctica, pensando en los usuarios?

Creemos que la respuesta a estas preguntas encuentra su explicación en las condiciones prácticas de implementación de la consejería, es decir, son reuniones breves –minutos y escasamente horas– donde nadie puede asegurar que el consejero se encuentre con la misma

persona nuevamente y así pueda constatar el cumplimiento de estas intenciones. Entonces, las intenciones se configuran en mandatos para los consejeros/as.

En este contexto, el supuesto básico de esta forma de concebir la consejería pre-test es que el usuario/a experimentará un mismo proceso de aprendizaje aun cuando proporcione una variabilidad cultural a la consejería. En otras palabras, estas intenciones aseguran que la consejería sea un mismo proceso en cualquier circunstancia que viva el usuario/a a partir de su cultura. El usuario/a es abstraído de sus condiciones históricas, sociales y culturales en la situación de consejería pre-test, excepto como conjunto de supuestos y saberes expertos sobre sexualidad y VIH en la cultura chilena, que poseen las instituciones de la sociedad civil previamente al encuentro con el usuario.

Por ello, la conversación no logra configurarse en un escenario de transformación cultural centrada en el usuario –si bien esta visión la encontramos cuando se habla de la consejería en términos globales- sino es una forma de intercambio comunicativo enmarcado en la sesión de pre-test a través de un pacto temático, de orden de la situación, locutores participantes e intenciones de los sujetos.

Si bien se buscan cambios en los usuarios/as, el ejercicio de aprendizajes es puesto en manos del consejero/a. Si examinamos las habilidades intelectuales propuestas que debe ejercitar un consejero en la sesión con miras al usuario/a, encontramos que comprenden aquellas de mayor complejidad como es discriminar, trabajar conceptualmente, lograr el aprendizaje de reglas y la solución de problemas.

Este conjunto de intenciones –en su enunciado radicadas en el consejero como hemos indicado- plantea al usuario la exigencia de incorporarse a la situación de aprendizaje en las condiciones de tiempo, espacio, y demás circunstancias de la sesión. En este apartado, nos debemos adelantar a otro capítulo de este informe, que refiere a las formas de evaluación que realiza el consejero. En este caso corresponde a una evaluación en el momento de ocurrencia de la sesión, desplegando sus habilidades para conocer las condiciones en que se encuentra el consultante y la pertinencia que tienen estas intenciones.

Habilidades intelectuales	Consejero/a	Usuario/a
Discriminaciones	<ul style="list-style-type: none"> • “Que las personas puedan tener claras las situaciones de riesgo en las que incurren”. • Establecer si es o no adecuado que el usuario se realice el test. • Evaluar si es o no necesario la realización del test. • Dejar en claro que el tema del VIH no tiene que ver con la condición social. 	
Conceptos y principios	<ul style="list-style-type: none"> • Anular los grados de estigmatización que existe en torno al VIH/SIDA. • Dejar en claro que el VIH es una “estado de salud” crónico más que un tema de muerte inmediata. • Dejar en claro que un resultado positivo no implica el término de la sexualidad. • Establecer que el uso del preservativo obedece a una cuestión de cuidado y “amor” por el otro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el por qué del consultante para querer realizarse el test de Elisa. • Establecer el por qué del no uso del preservativo en los hombres homosexuales.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar en claro – sobre todo en las mujeres – que el uso del preservativo es un derecho. 	
Reglas	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar todas las herramientas básicas de prevención para una autogestión del riesgo y reflexión sobre la conducta del consultante. • Lograr que la persona “tome sus propias decisiones” en cuanto a la prevención. 	
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Despejar todas las dudas del consultante en torno a la prevención del VIH. • Aclarar dudas básicas con respecto al VIH/SIDA 	

Es interesante notar que las intenciones respecto a los conceptos y discriminaciones muestran una devaluación de la cultura del usuario/a en cuanto a que potencialmente es poseedor de creencias erróneas y esquemas interpretativos no completamente adecuados para enfrentar la prevención del VIH. En esta perspectiva queda la duda respecto a la orientación correcta del usuario: ¿cuáles son elementos positivos de la cultura del usuario que se recogen en las intenciones de la consejería?

Las intencionalidad de la consejería post test resultado negativo

Cuando el resultado del test de Elisa es negativo, la sesión se encuentra especificada por intenciones que encuentran vinculadas a los micro-objetivos de la sesión pre-test y aquellas atribuidas a la globalidad del proceso.

Institución	Descripción
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Que a los consultantes les quede claro que un resultado negativo no implica ser invulnerable a la transmisión del VIH y “que son sólo las conductas las que los pueden llevar a vivir dolor o no”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar en claro que un resultado negativo no significa que haya menos vulnerabilidad ante el VIH/SIDA y que las conductas de riesgo siguen existiendo.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Alentar al usuario para que mantenga su estado sexual negativo. • Reforzar la importancia del uso del preservativo. • Aclararle al usuario que una relación de riesgo constituye siempre una situación de vulnerabilidad ante el VIH/SIDA. • Informar de todos los riesgos posibles y desmitificar erróneas prácticas que eran tomadas como preventivas. • Reforzar los contenidos de la consejería pre- test. • Lograr que el consultante comprenda que, aunque su resultado ha sido negativo, “nadie es inmune a la transmisión del virus.”

* Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Además de una menor enunciación de micro-objetivos, en comparación con la sesión de pre-test, nos encontramos que tienden a privilegiarse intenciones que suponen habilidades intelectuales del consejero/a y el usuario/a, en particular de orden conceptual. Se busca que el usuario incorpore una forma de interpretar el contenido de los resultados del test y excluya otros que aludan a un menor riesgo de adquirir el VIH o que no impliquen el cambio de conducta

hacia su prevención. Adicionalmente, se estimula la persistencia y/o reforzamiento de acciones como es el uso correcto del preservativo.

Las intencionalidades de la consejería post test resultado positivo

Las intencionalidades de la consejería post test con resultado positivo articulan en torno al acto de la notificación, entendiéndose que desencadena reacciones en los usuarios que requieren por parte del consejero concentrarse en un plano específico.

Institución	Descripción
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Que la persona se retire “más o menos tranquila”. • “Saber que de todos los procesos que tengan que seguir les haya quedado algo”. • Que los consultantes sigan sabiendo que de todos modos se requiere de una segunda muestra y de una confirmación del ISP. • Lograr “que la persona salga, anímicamente, lo mejor posible”. • Que las personas vuelvan a la segunda muestra y a conversar sobre el tema. • Lograr “que las personas comprendan que no termina ahí la vida, ni la vida afectiva ni la vida sexual”. • Entregar información sobre los aspectos de salud y sobre las estrategias de previsión en el tratamiento de la salud. • Lograr “que la persona siga viniendo a vernos, siga conversando con nosotros”. • Integrar a la persona al espacio de la Corporación.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Generar una red de apoyo con los hospitales para el consultante. • Se espera, ante todo, disminuir los niveles de angustia que el consultante tenga en el momento
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y dejar clarificado que “hay gente trabajando” en el tema del VIH para la entrega de los medicamentos. • Hacer hincapié en la necesidad de una visita al médico por parte del usuario/a que vive con el VIH. • Tratar de no victimizar a quien ha sido notificado del resultado positivo. • Hacer sentir a la persona “que puede seguir adelante”, “que no es un tema de muerte”. • Dejar en claro que un resultado positivo no implica el término de la sexualidad. • Indagar en las proyecciones de los usuarios con respecto a su sexualidad, a sus miedos, con el propósito de que se tomen en cuenta los riesgos. • Lograr que la persona “tome conciencia de la situación que está viviendo”. • Lograr que, después de un tiempo, la persona seropositiva ingrese a los programas de salud destinados a las personas que viven con VIH, junto a un mejoramiento de su situación psicológica.

* Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

A modo de ejercicio analítico, siguiendo la taxonomía de categorías cognitivo-conductuales ya propuesta, estas intenciones corresponderían a los aprendizajes de actitudes que influyen en la elección de las acciones personales y los estados psicológicos del destinatario:

- Que la persona se retire “más o menos tranquila”.
- Que los consultantes sigan sabiendo que de todos modos se requiere de una segunda muestra y de una confirmación del ISP.
- Lograr “que la persona salga, anímicamente, lo mejor posible”.

- Que las personas vuelvan a la segunda muestra y a conversar sobre el tema.
- Lograr “que la persona siga viniendo a vernos, siga conversando con nosotros”.
- Integrar a la persona al espacio de la Corporación.
- Se espera, ante todo, disminuir los niveles de angustia que el consultante tenga en el momento
- Hacer hincapié en la necesidad de una visita al médico por parte del usuario/a que vive con el VIH.
- Tratar de no victimizar a quien ha sido notificado del resultado positivo.
- Hacer sentir a la persona “que puede seguir adelante”, “que no es un tema de muerte”.
- Indagar en las proyecciones de los usuarios con respecto a su sexualidad, a sus miedos, con el propósito de que se tomen en cuenta los riesgos.
- Lograr que, después de un tiempo, la persona seropositiva ingrese a los programas de salud destinados a las personas que viven con VIH, junto a un mejoramiento de su situación psicológica.

Estos micro-objetivos son complementados con escasas intenciones que aluden a información, estrategias cognitivas y habilidades intelectuales si los comparamos con la consejería pre-test y su diseño global.

- “Saber que de todos los procesos que tengan que seguir les haya quedado algo”.
- Lograr “que las personas comprendan que no termina ahí la vida, ni la vida afectiva ni la vida sexual”.
- Entregar información sobre los aspectos de salud y sobre las estrategias de previsión en el tratamiento de la salud.
- Generar una red de apoyo con los hospitales para el consultante.
- Informar y dejar clarificado que “hay gente trabajando” en el tema del VIH para la entrega de los medicamentos.
- Dejar en claro que un resultado positivo no implica el término de la sexualidad.
- Lograr que la persona “tome conciencia de la situación que está viviendo”.

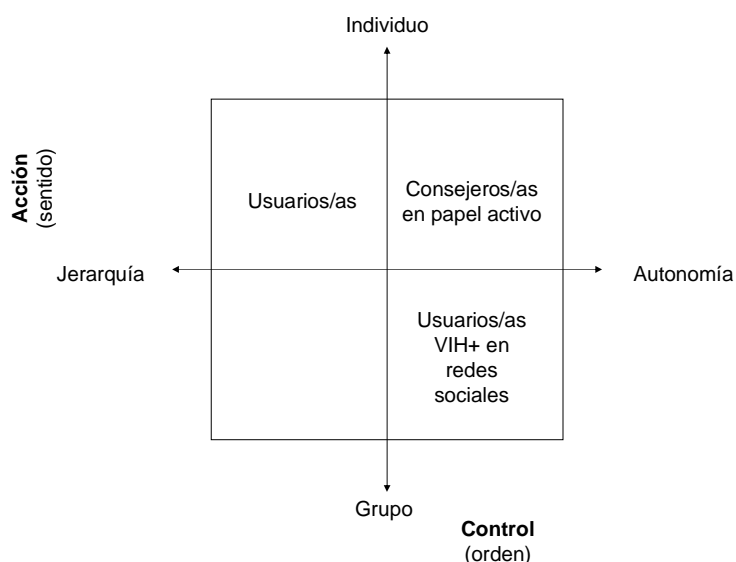
Los campos de aprendizaje de las consejería pre y post test de Elisa

Al observar el conjunto de las sesiones de consejería y las intenciones atribuidas por los entrevistados podemos constatar, por una parte, que el proceso se encuentra radicado en términos de una intención de cambio en el consejero/a a través de los mandatos que se le plantean una hipotética influencia en el usuario/a. Por otra parte, en la consejería pre-test los consejeros despliegan la mayor cantidad y tipos de campos de aprendizaje destinados al usuario/a, siendo de una mayor exigencia de manejo de una variabilidad de habilidades y competencias que en el proceso posterior de las consejería post-test con resultados negativo y positivo.

En común encontramos la preocupación por las habilidades intelectuales, la transmisión de información verbal sobre el VIH/SIDA y finalmente, las actitudes y su relación con el comportamiento con el usuario/a.

La sesión de un menor nivel de complejidad se encuentra en la consejería post-test de resultado negativo al concentrarse en ciertos planos, especialmente radicados en conceptos y principios para la interpretación del resultado negativo, información sobre el VIH/SIDA y su prevención, como asimismo, en las actitudes que influyen en las acciones de prevención. En esta forma de configurar las intenciones y micro-objetivos de las sesiones de consejería, al ser puesta en relación con las modalidades culturales presentes en las organizaciones de la sociedad civil, encontramos que se tienden a concentrar en el polo del individuo en sus relaciones de mayor jerarquía:

Figura 5:
Diagrama sobre la consejería pre y post-test de Elisa
según ejes y polos constitutivos de los modos culturales puros



Si bien se reconoce la autonomía de los individuos tiende a perfilarse el papel protagónico en los consejeros/as y generar un usuario modelizado y abstraído de sus condiciones de vida desde el punto de vista cultural, psicosocial y existencial. Esta orientación se corresponde con el despliegue de los campos de aprendizaje en las sesiones que inhiben las formas grupales de inclusión de los sujetos, y que otorgan las oportunidades de representación de colectivo en la práctica de la consejería. Se abstrae la cultura del usuario/a que obligaría a un acompañamiento más allá de las sesiones o establecer un vínculo de proximidad con las organizaciones con prescindencia de los resultados del test de Elisa. Por el momento, quienes logran, desde el campo de las intenciones de la consejería, experimentan un propósito de mayor inclusividad son aquellas personas que reciben un resultado positivo al ser invitadas activamente a participar en nuevas redes sociales.

b) Los actores de la consejería

Los actores de la consejería que son reconocidos espontáneamente por los entrevistados se refieren a los consejeros/as y los usuarios/as.

Los consejeros/as

Los entrevistados enuncian un conjunto de características que se espera que posean los consejeros/as de las instituciones de la sociedad civil:

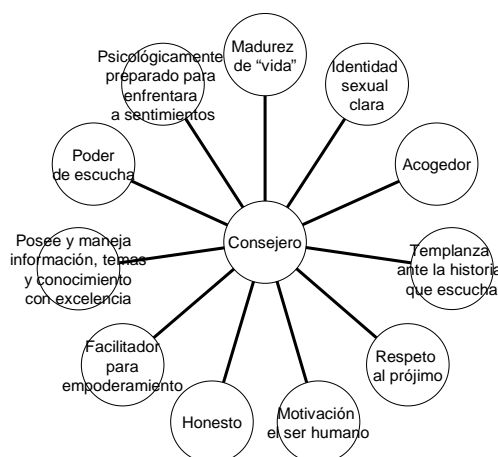
Institución	Descripción de consejero/as
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que evaluar la situación emocional del consejero antes de realizar una consejería. • Muchas personas se acercan a hacer consejería por una cuestión de caridad y “mística”. • “El orientador cumple un rol... no puede pasarse al otro lado... no puede retroalimentarse del consultante”. • “No todo el mundo puede ser consejero”. • “Es un trabajo emocionalmente muy desgastador”. • Es importante que el consejero del pre-test sea el mismo para el post-test. • Un buen consejero debe ser, ante todo, honesto.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Un consejero debe poseer una madurez “de vida” lo suficientemente importante. • Un consejero debe “tener templanza ante la historia que está contando el otro”. • Por otra parte, un “poder ilimitado” para escuchar y establecer el momento de una derivación. • Hay un cansancio inevitable en la actividad de los consejeros. • “El ideal” es que quien realiza la consejería post test sea el mismo consejero que realizó el pre-test. • Un consejero debe poseer gran cantidad de información y “estar psicológicamente preparado” para enfrentarse a sentimientos diversos. • Antes el número de consejeros era muy limitado en relación a la cantidad de usuarios que llegaban. • “El año 2000 se produjo una crisis en la institución, se fue casi el 100% de los consejeros”. • Un consejero debe poseer “un nivel de excelencia” en la información que maneja.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • “Ser consejero” es “ser un facilitador” para un empoderamiento del usuario. • La motivación fundamental del consejero “es el ser humano”. • Es satisfactorio ayudar a los usuarios... “es un espacio maravilloso”. • “Siento que –como consejera- soy más eficiente ahora... en el sentido que produce un mejor efecto en la persona”. • Muchos consejeros, al realizar una contención afectiva, tienen “una sensación de omnipotencia”. • Un consejero tiene como primera condición “que respete mucho a su prójimo y que sea una persona con mucha capacidad de aprender”, independiente de los conocimientos que pueda tener. • La consejera no se siente totalmente preparada para enfrentar cualquier situación de crisis... “no siento que me las sepa todas”.

MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • El consejero debe tener “una identidad sexual súper clara” • Un consejero es alguien que acompaña “en una toma de conciencia de los actos” del consultante en el tema de la sexualidad. • Debe poseer una cantidad importante de conocimientos sobre sexualidad... “no solamente de la homosexualidad, sino de la sexualidad en su conjunto”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Un buen consejero debe ser acogedor y saber “manejarlo todo”. • En RED-OSS existen seis consejeros que realizan, además del servicio “cara a cara”, consejería telefónica, 3 de ellos son remunerados. Pero todos realizan múltiples funciones “para el funcionamiento de la institución”. • Debe manejar en un 100% todo lo que dice relación con el VIH. • Debe manejar temas en torno a la sexualidad humana. • No todas las personas que hacen consejería están realmente preparadas para llevarlas a cabo, especialmente en los servicios públicos. • No todos los consejeros “están preparados –emocionalmente, profesionalmente- para entregar un resultado positivo”

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En este conjunto de enunciados se registran una serie de elementos positivos que formarían parte del consejero/a de las instituciones de la sociedad civil. Estos atributos configuran un rol ideal, único (“no todo el mundo puede ser consejero”) y especificado en tres ámbitos principales, a saber, en poseer herramientas y técnicas; desplegar ciertas actitudes y finalmente, rasgos de personalidad requeridos con prescindencia de una identidad de género, sexual y generacional del consejero/a.

Diagrama de los atributos de los consejeros



Estas características se sitúan con claridad en la descripción de la visión global de la consejería y en la sesión pre-test. Sin embargo, cuando se enfrentan a la comunicación de un resultado positivo y por tanto, en la consejería post-test, se desestabilizan los rasgos esperados. Así, se

reporta la existencia de consejeros motivados por la caridad o “la mística”, la vivencia del desgaste emocional y el reconocimiento de carencias ante esa situación.

Los usuarios/as

Una situación diferente encontramos cuando los consejeros, encargados de consejería y directivos caracterizan en términos globales a los usuarios/as de sus servicios.

Institución	Descripción de usuarios/as de consejería (visión global)
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Salvo casos excepcionales, es un criterio no realizar el examen del VIH a menores de edad. • Hay usuarios más dispuestos que otros para efectuar un cambio “real” en sus conductas de prevención del VIH/SIDA. • La ubicación de CIPRESS ha permitido que acceda al servicio “un tipo de gente de otra clase social... gente joven, universitarios”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres y hombres heterosexuales por lo general mantienen una “conducta” recurrente de riesgo. • Los hombres homosexuales tienen, por lo general, “situaciones” específicas de riesgo. • A muchas mujeres les cuesta exigir el uso del preservativo en el momento de la relación sexual. • La mayoría de los consultantes proviene de estrato medio-bajo. • La mayoría de los consultantes son hombres, ya sea homo como heterosexuales. • La edad puede fluctuar entre los 21 y los 35 años. • Por lo general, los usuarios que llegan a la CChPS para la realización del test de Elisa, son usuarios que han “terminado una relación” y han tenido una relación de riesgo fuera de la relación de pareja estable. • En el caso de las mujeres casadas, el uso del preservativo con el marido “es impensable”. • Los usuarios son en su mayoría de clase media “con una nivel cultural de Enseñanza Media completa”. • Las dueñas de casa “son las que más vienen”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios de LAZOS conforman un grupo “heterogéneo”. • Los usuarios, por lo general, llegan al servicio con “bastante angustia”. • Los consultantes, en el ámbito de la orientación sexual, han ido cambiando con el tiempo: en un principio la mayoría la conformaban homosexuales, y en el presente predomina la población heterosexual.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • “La gente que viene para acá se siente sola... están confundidos con su identidad”. • No hay tanta angustia por haber tenido una relación de riesgo, sino más bien “por haber tenido una relación sodomítica”. • Los usuarios bisexuales “ven el riesgo en los hombres, no en las mujeres”. • Muchos de los usuarios que llegan “están descubriendo” su sexualidad, “gente de todas las edades”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La consejería en RED–OSS puede realizarse no solamente a un usuario, sino conjuntamente con su pareja, amigos o familia. • Mayoritariamente, los usuarios que llegan a RED-OSS son jóvenes entre 20 y 35 años. • El espectro de usuarios se ha ido ampliando en cuanto a la orientación sexual. • Hoy asisten también muchos usuarios en pareja, ya sea homo como heterosexuales. • La mayoría de los consultantes de RED-OSS son de escasos recursos, aun cuando también “viene gente ABC-1” debido a que la confidencialidad es mantenida rigurosamente “y ellos lo saben”. • Además, a la institución llegan consultantes transgénero y travesti, “viene gente del comercio sexual e incluso vienen hombres y mujeres que hacen comercio sexual”.

	<ul style="list-style-type: none"> • No hay real conciencia de los riesgos que “ellos pueden correr”. • “La mayoría de la gente que llega acá es heterosexual”. • La consejería, para los usuarios, es una instancia excepcional de conversación. • Los usuarios homosexuales “están como más preparados para recibir un resultado”.
--	--

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En general, se trata de un usuario/a reconocidos por su heterogeneidad expresado en una variabilidad socioeconómica, género, identidad sexual, edad, estado civil, educación y situación afectiva y/o familiar. Esta constelación de característica les impide construir una imagen única – en términos descriptivos– del usuario/a potencial de los servicios de consejería. El único caso de exclusión se encuentra en el examen del VIH a menores de edad, que se sitúan en la excepcionalidad.

No obstante, al relatar el comportamiento del usuario/a en las sesiones de pre y post test de Elisa las características que dan cuenta de su variabilidad inicial, se reducen a la identidad sexual y de género y en menor medida, al grupo socioeconómico.

Institución	Descripción de usuarios/as consejería pre-test
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos consultantes “somatizan” el período de espera del resultado. • Un porcentaje alto de usuarios “vienen muy estresados”. • Otros acuden con más tranquilidad. • Algunos usuarios acuden al servicio de testeo sin cumplir con el período de ventana. • Muchos usuarios llegan al servicio portando una gran cantidad de mitos en torno a las vías de transmisión del VIH/SIDA. • “Son más las mujeres heterosexuales las que acceden a hacerse el examen que los hombres heterosexuales”. • Algunos hombres heterosexuales manifiestan su molestia ante la gran presencia de hombres homosexuales en la sala de espera de la CChPS, y exigen saber la orientación sexual del consejero que los acompaña. • “La mayoría de las personas que vienen acá vienen con la idea de hacerse el examen”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • En el pre-test, los consultantes “se ponen repetitivos o vuelven sobre un mismo punto”. • “Hay gente que pide la hora a través del Fonoayuda y no llega nunca y te asegura que va a venir... eso lo hacen hasta cuatro o cinco y veces y de repente pasan y llegan”. • La persona no “viene absolutamente quebrada siempre... tiene unos quiebres”.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un temor inicial de los consultantes en la primera sesión de consejería, lo cual en una segunda sesión ya no sucede. • “Para la persona tampoco es fácil conversar con alguien que no conoce”. • Algunos consultantes demuestran mucha tensión en la sesión de consejería. • Algunos usuarios culpan al consejero por sus propias vivencias. • Hay consultantes que “piensan que por una relación homosexual van a ser gay toda la vida”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios que llegan al servicio con dudas respecto a las conductas de riesgo. • Actualmente los usuarios poseen más información y hay menos prejuicios en torno al VIH/SIDA. • Hubo reticencia de los usuarios para hablar del “sexo oral”, lo cual ya no ocurre. • Hay usuarios que se niegan al uso del condón. • Las usuarias, por lo general, asocian el andar con preservativo a la infidelidad en la pareja. • Las usuarias muchas veces creen llevar a cabo prácticas preventivas que no son tales (“la pura puntita”, anticonceptivos) • La condición socioeconómica de los usuarios ha cambiado: “antes venía más gente pobre”.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hay usuarios que sienten desconfianza hacia la palabra “consejería”, en la medida en que prefieren solamente la realización del test de Elisa. • La consejería, para los usuarios, es una instancia excepcional de conversación. • Existe mucho temor, por parte de los usuarios, a ser juzgados en sus conductas sexuales.
--	---

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En las sesiones de pre-test se señala, respecto a los usuarios/as, encontrarse en estados ansiosos, creencias inadecuadas sobre el VIH/SIDA y la interpretación de la experiencia de consejería como excepcional:

- Estados psicológicos de somatización en el período de espera del resultado, estrés, tensión, temor en la primera sesión, obsesivos con sus preocupaciones, culpabilización del consejero/a por el estado que vivencian. En el caso de los hombres heterosexuales se registra la resistencia a la presencia de homosexuales en las instituciones de la sociedad civil o a cuestionarse su identidad sexual a partir de experiencias sexuales con otros hombres.
- Se constata en algunas instituciones la presencia de creencias erróneas en los usuarios/as en relación con las vías de transmisión del VIH/SIDA o dudas sobre las conductas de riesgo. Un ejemplo, se encuentra en las mujeres usuarias que muchas veces creen llevar a cabo prácticas preventivas que no son tales o la asociación de portar un preservativo a la infidelidad en la pareja.
- En algunas instituciones se señala que la mayoría de las personas acuden a hacerse el examen y que la consejería es una instancia no esperada e incluso motivo de resistencia por el significado de la palabra consejero en cuanto dar consejos no buscados. En esta misma orientación, se detecta que este servicio es una experiencia excepcional de conversación y que se valora positivamente.

En una institución de la sociedad civil se señaló una mirada de transformación de las reacciones y condiciones en las cuales los usuarios acceden al servicio. Así, se afirma que existirían un cambio en cuanto a que se posee más información y menores prejuicios en torno a VIH/SIDA, mejor disponibilidad de hablar de “sexo oral” que en períodos anteriores.

Si bien se reconoce que no todos los usuarios se pueden adscribir a estas condiciones se trata de descripciones que se encuentran originadas en su experiencia cotidiana y que espontáneamente reportaron.

Ante la sesión de consejería post-test resultado negativo se constata que los usuarios pueden generar distintas vías de interpretación y reacción ante este tipo de resultado:

- Una línea interpretativa apunta a restar importancia de la prevención del VIH/SIDA, pues, ese resultado los situaría fuera del riesgo de adquirir el virus, dando incluso pie a la práctica de esas conductas (“tener chipe libre”).
- Otros se centran en la reacción de alivio de la tensión previa a recibir la información, incluyendo el llanto de felicidad.

- Algunos usuarios se resisten ante la entrega de un resultado negativo, pues ya tenían incorporado la adquisición del VIH. Esta reacción se liga sentimiento de culpa y de atribución de castigo merecido o la sospecha de la veracidad del test.
- Hay usuarios que no concurren a las instituciones a buscar los resultados del test.

En una ONG se señala, al igual que en la consejería pre-test, la presencia de estados ansiosos en los usuarios, siendo más agudos en los hombres heterosexuales en comparación con las mujeres por el cuestionamiento a su identidad al entender que el VIH corresponde a un problema de hombres homosexuales. En este contexto, se considera a los hombres homosexuales como “más preparados para recibir un resultado”.

Institución	Descripción de usuarios/as consejería post-test negativo
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas veces, ante la entrega de un resultado no-reactivo, los consultantes dicen haber esperado otro resultado, como un “castigo que me merezco”, un asunto de “culpabilidad.”
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos usuarios creen que ante un resultado negativo no tiene importancia seguir teniendo conductas de riesgo. • No todos los usuarios necesitan acompañamiento en la entrega del resultado, sea positivo o negativo, pero siempre se realiza una consejería post-test. • Hay, por lo general, reacciones de “alivio” ante un resultado no-reactivo. • Hay usuarios “que dicen que a los tres meses igual se va a volver a testear”.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios que “no se convencen” ante la entrega de un resultado negativo. • Muchos usuarios sienten alivio ante la entrega de un resultado negativo. • Existe la creencia que ante un resultado negativo se puede arriesgar la prevención, “tener chipe libre”. • Hay usuarios que “nunca más” vuelven a buscar su resultado. • Los usuarios que acuden a recibir el resultado del examen “están angustiados, temerosos”. • “Hay personas que se han puesto a llorar de felicidad con el resultado negativo”. • Los usuarios homosexuales “están como más preparados para recibir un resultado”. • Los hombres heterosexuales “vienen con una situación de angustia más aguda que las mujeres”, debido a la mitificación del VIH como un problema perteneciente a la esfera homosexual.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Los entrevistados, al referirse a los usuarios en la situación de una consejería post-test con resultado positivo, organizan su relato en los momentos previos al resultado, que se caracterizan por la misma ansiedad de la consejería post-test con resultado negativo, la espera de hablar con la misma persona que realizó la sesión de pre-test y con la constatación de su variación según el género y orientación sexual del usuario/a, es decir, los hombres heterosexuales se encuentran más ansiosos que las mujeres y que los hombres gay.

Una vez, recibido el resultado positivo la experiencia de los consejeros/as indica que se provocan diferentes reacciones en el momento, tales como una “posible naturalidad”, crisis, silencio, agresión al consejero/a al atribuirle la culpa del resultado y reacción dolorosa, siendo

particularmente notoria –“terrible”- en las personas heterosexuales al creer en la “ecuación VIH: muerte”. Los hombres homosexuales también tienen reacciones de crisis pero se constata un cambio respecto a años anteriores, donde es más “vivable” la situación y “no se ponen a llorar como antes”.

En otros casos, las reacciones de los usuarios son posteriores a la sesión, expresándose en crisis lejos de la institución, demora en hacerse la segunda muestra, no hacerse la segunda muestra – “la mayoría de los usuarios con resultado reactivo no vuelve a efectuarse la segunda muestra”- o no volver a buscar los resultados.

En una institución se señala que se amplía los usuarios/as de los servicios de consejería al incorporar a las parejas o familiares a partir de un resultado positivo.

Institución	Descripción de usuarios/as de consejería post-test positivo
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Hay consultantes que reaccionan con “una posible naturalidad” ante el resultado reactivo. • Hay consultantes cuyas situaciones de crisis se producen ya alejados del entorno de la CChPS. • Por otro lado, hay quienes reaccionan inmediatamente con el silencio o con situaciones de crisis. • “Hay usuarios que se demoran mucho en hacerse la segunda muestra”. • La mayoría de los usuarios con resultado reactivo no vuelve a efectuarse la segunda muestra. • Los usuarios homosexuales, en su mayoría, se impactan ante un resultado reactivo, pero también asumen que es una situación “vivable”... “no se ponen a llorar como antes”. • Los consultantes homosexuales reaccionan en forma menos dolorosa ante un resultado positivo, “porque saben más del tema”. • “La ecuación VIH = muerte en los heterosexuales es más terrible”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • No todos los usuarios necesitan acompañamiento en la entrega del resultado, sea positivo o negativo, pero siempre se realiza una consejería post-test. • En algunos casos, se trabaja también con familiares o con la pareja del consultante seropositivo. • “Hay un alto porcentaje de personas que han tenido solamente consejerías pos-test”, por lo general de resultado reactivo.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La reacción de un usuario frente a un resultado positivo muchas veces se enfoca en el consejero como culpable por la transmisión del VIH. • Los usuarios esperan volver a hablar con la consejera que realizó la sesión de pre-test. • Hay usuarios que “nunca más” vuelven a buscar su resultado. • Los usuarios que acuden a recibir el resultado del examen “están angustiados, temerosos”. • Los hombres heterosexuales “vienen con una situación de angustia más aguda que las mujeres”, debido a la mitificación del VIH como un problema perteneciente a la esfera homosexual.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

c) La relación o mediación en la consejería

La relación o mediación entre los actores de la consejería en términos globales -consejeros/as y usuarios/as- es caracterizada en los siguientes términos:

Institución	Descripción de mediación de la consejería (visión global)
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • “El orientador cumple un rol... no puede pasarse al otro lado... no puede retroalimentarse del consultante”. • Garantizar la confidencialidad es clave para lograr una comunicación óptima.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de la confidencialidad es lo que permite iniciar la sesión de consejería. • Hay un marco regulador dentro de la CChPS que castiga que los consejeros tengan una relación con los usuarios fuera del ámbito profesional.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • La escucha atenta es fundamental para lograr una consejería y una confianza con el/la consultante. • Se debe establecer “que el paciente no es de uno, por lo tanto hay que derivar”. • No existe una estrategia específica para todos los consultantes... “nuestra estrategia es saber escuchar”. • Una “contención emocional profesional la puede dar un profesional de la salud mental, y en eso somos también súper estrictos”. • El silencio es un momento fundamental para el consultante en la medida en que reflexiona sobre sus conductas de riesgo. • El consejero también debe asumir su ignorancia ante un usuario que lo cree omnipotente. • Asumir esa ignorancia implica “más potente porque se sabe como en falta y que ahí lo que está haciendo, junto al otro, es construir un recorrido ante la angustia que traen sus preguntas”. • Una consejería “adecuada” se realiza cuando el usuario “puede encontrar respuestas a sus demandas”. • La consejería es considerada como una cuestión de ética “hacia aquellos que sufren”. • Un punto clave de la actividad de consejería es la solidaridad “en el marco del respeto a las singularidades”.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • “Uno trabaja la consejería desde el usuario y no desde lo que nosotros queremos”. • La “paridad es un asunto de experiencia común”. • Hay un espacio de silencio del consultante que el consejero debe respetar. • Un consejero debe estar preparado para múltiples reacciones del consultante. • Se debe resguardar el espacio de la consejería ante la creación de un vínculo más afectivo desde el consultante hacia el consejero. • “Hay muchos mitos entre las mujeres lésbicas... que nosotros estamos empezando a abordar”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • En la sesión de consejería hay un tratamiento más personalizado y “más formal” que en otras instancias de prevención, pues “hay una predisposición a escuchar al otro”. • Se considera más eficaz una consejería “entre pares”, por la pertenencia al mismo grupo de vulnerabilidad. • Un consejero debe saber escuchar y guardar silencio ante un consultante. • Un consejero debe intervenir cuando un consultante posee una información errada respecto del VIH y sus vías de transmisión. • Existe una relación de complicidad entre el consejero y el usuario en la medida en que se pone en juego la confianza... “hago partícipe al consejero de mis dolores”. • Un consejero debe guardar silencio cuando el usuario reflexiona sobre su situación, en un momento de soledad consigo mismo. • Un consejero debe intervenir cuando la situación emocional del usuario requiere de una acogida inmediata.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En este conjunto de características es posible observar dos aproximaciones básicas para definir las relaciones entre consejeros/as y consultantes:

- Una posición tiende a perfilar la relación en la sesión de consejería entre roles predefinidos orientados por normas explícitas que delimitan el comportamiento del consejero/a y principios éticos, que en algunos casos se verbaliza como de orden profesional e incluso con una representación del usuario/a de la consejería como “paciente”.
- Se observa una orientación que enfatiza la “paridad” entre consejero/a y usuario/a postulando la “complicidad” como valor regulador de la relación en adición a principios éticos como la confidencialidad y la pertenencia compartida a los “grupos de vulnerabilidad”.

En ambas perspectivas, existen elementos compartidos que singularizan la relación entre consejero/a y usuario/a como es la escucha atenta, guardar silencio ante la reflexión del usuario/a, contener las múltiples reacciones del consultante, poner en juego la confianza mutua y la intervención activa frente a la información errada sobre la epidemia del VIH/SIDA.

Esta prefiguración de la relación o mediación en la consejería constituye la descripción central para el proceso completo de las sesiones pre y post-test, siendo especificada al ser puesta en el contexto de una práctica de trabajo en la consejería pre-test, especialmente al señalar por ejemplo que el silencio a veces es “dañino” y que es necesario emplear “detonaciones” que provoquen procesos reflexivos, y observar el “lenguaje gestual” como soporte para las decisiones de intervención y no solo las verbalizaciones.

La generación de vínculos afectivos y de confianza son señalados como construcciones esperables en la sesión, reconociéndose elementos que proyectan los consejeros como es sentir que hacen algo por ellos mismos cuando se atiende a los usuarios. En diversas entrevistas se puntualizó las prohibiciones que existen respecto a establecer vínculos afectivos amorosos entre consejeros/as y usuarios/as.

Institución	Descripción de mediación de la consejería pre-test
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Inevitablemente, se crea un vínculo de confianza entre el consejero y el consultante.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • “Es complicado” establecer el momento en que el consejero debe intervenir”. • El silencio a veces es “dañino” y eso resulta difícil de establecer. • El “lenguaje gestual” permite a veces vislumbrar el momento de una intervención.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La consejera siente que hace algo por ella misma y no sólo por otras personas. • Existen usuarios que se emocionan al ver que un consejero “siente afecto por ellos” en los momentos de crisis • Lograr y permitir que el usuario/a se exprese. • Realizar “detonaciones” en los usuarios para que ellos efectúen sus propias reflexiones. • Resulta difícil establecer si el usuario sabe realmente utilizar el preservativo, debido a la falta de recursos y a la gran cantidad de mitos que existen al respecto.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En la sesión **post-test negativo** una de las instituciones reportó las dificultades para generar condiciones de reflexión del usuario/a si bien se procura reforzar la prevención del VIH/SIDA, aludiendo a que al resultado negativo se le resta importancia por parte de la mayoría de los consultantes (“la mayoría la toma como un trámite”).

Institución	Descripción de mediación de la consejería post-test negativo
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar reforzar la prevención en los usuarios, aunque la entrega del resultado negativo “la mayoría la toma como un trámite.” • Lo difícil es hacer que la persona reflexione de igual modo ante la entrega de un resultado negativo.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Por su parte, en la consejería **post-test resultado positivo**, la relación entre los actores de la consejería conserva los elementos ya indicados en su visión global. No obstante, se enfatizan la importancia de posibilitar la expresión de la emocionalidad ante la información que se entrega, el tiempo para la reflexión del usuario, la escucha y aclaración de información verbal y las particularidades beneficiosas de encontrarse en situación de paridad el consejero/a y el usuario/a.

Institución	Descripción de mediación de la consejería post-test positivo
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que la persona al menos pueda expresar en algo su emocionalidad, ya sea mediante el habla o por medio del llanto. • Hay un tiempo necesario para la reflexión del usuario que el consejero debe respetar. • El consejero tiene que escuchar a la vez que aclarar ciertos aspectos con respecto a la vida de alguien seropositivo. • Se considera más eficaz la entrega de un resultado positivo por parte de un consejero en condición de “par” con respecto al usuario, por la pertenencia al mismo grupo de vulnerabilidad.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

d) Acciones en las sesiones de consejería

El las entrevistas a los consejeros/as no hubo referencias expresas a las etapas de preparación para las sesiones de consejería, es decir, se tiende a secuenciar las acciones de las sesiones a partir de su realización y finalización. En este proceso, de un modo coincidente se señala que es importante que el consejero/a de pre test sea el mismo de post-test, y cuyas acciones tienden a situar al usuario/a con la posibilidad de hablar y emocionar en sus propios términos. Como ya indicamos en el capítulo que abordó las intencionalidades de la consejería y las formas de

mediación entre los participantes, las acciones se conciben flexibles en relación las necesidades y situación de vulnerabilidad que vive el usuario/a.

En general, la evaluación de las consejerías se centra en procedimientos informales de detección de reacciones inmediatas como forma de retroalimentación de esta práctica de trabajo. En este marco, en una institución se señaló que “es raro” que los consultantes evalúen mal la consejería que tuvieron, pues llegan “con un grado de ansiedad muy alto”. No existen evaluaciones formales, desde un punto de vista técnico, de las sesiones de consejería.

En una institución está establecido un mes “obligatorio” de descanso para los consejeros, debido a la recarga de trabajo y a las tensiones a las que se someten.

Se registran algunas prescripciones específicas en las instituciones de la sociedad civil que aluden a la intervención del consejero/a en la subjetividad e intimidad del usuario/a como es realizar obligatoriamente la indagación en la orientación sexual.

Institución	Descripción de las acciones en la consejería (visión global)
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante que el consejero del pre-test sea el mismo para el post-test.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Se le da a entender al consultante que el espacio de la consejería es suyo. • Se trata de “no infantilizar a la gente... estamos hablando con gente adulta”. • Obligatoriamente se debe indagar en la orientación sexual de la persona. • No existe una evaluación sistemática de los resultados generados. • Las sesiones han cambiado: antes se privilegiaba la información y hoy la emocionalidad del consultante. • No hay una forma de hacer un seguimiento de las personas que acceden al servicio. • Las evaluaciones del servicio de la CChPS ha sido “muy buena” por parte de los usuarios. • “No hay forma de evaluar” los resultados de la consejería debido a que la confidencialidad impide hacer un seguimiento de los consultantes. • Hay suficiente autocrítica de los consejeros con respecto a su actividad. • Cada semana se realiza una sesión de evaluación en donde se capacita. • Es importante que el consejero del pre-test sea el mismo para el post-test. • Hay un mes “obligatorio” de descanso para los consejeros, debido a la recarga de trabajo y a las tensiones a las que se someten.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir a la persona “y transmitirle en qué podemos ayudarla”. • Estimular que el usuario/a se motive a hablar. • En lo posible, se trata de que todas las consejerías tengan una supervisión profesional. • No hay una forma de evaluación específica, debido a que no hay un seguimiento de los consultantes.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Se trata de no hacer “preguntas cerradas” o que “sean invasivas” para el consultante. • Dejar en claro que la conversación sostenida es confidencial. • Se deja en claro que al consultante está hablando con alguien que es “par”. • Se sostiene una conversación con el consultante “en base a lo que a la persona le preocupa”. • Distinguir las situaciones de vulnerabilidad a las que se ha expuesto el consultante. • Explicar en qué consiste el test de Elisa. • Informar acerca de los pasos que se efectúan en la entrega del resultado. • Indagar en las consecuencias, tanto de un resultado negativo como positivo. • La actividad de consejería ha permitido que los propios consejeros reflexionen acerca de la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA. • “Se ha avanzado” en el desempeño de los consejeros y en la “ansiedad” de querer

	<p>solucionarlo todo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos se ven cumplidos en la medida en que el consultante es capaz de tomar decisiones con respecto a sus conductas. • No hay una forma específica para evaluar los logros de una consejería pre-test. • Pero “cuando existe un reconocimiento” de la persona de las situaciones de riesgo, se evalúa como efectiva la consejería. • “Es raro” que los consultantes evalúen mal la consejería que tuvieron, pues “llegan con un grado de ansiedad muy alto”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Llegar a una eficiencia en la consejería requiere de un trabajo en equipo con apoyo profesional. • En general, es difícil establecer una sola imagen de la sesión de consejería, pues todo depende mucho del usuario/a que requiere el servicio. • Se evalúa positivamente la consejería en la institución en la medida en que se llevan a cabo conductas de prevención. • Hay personas que “vuelven continuamente” a realizarse el Test.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Al desarrollarse una **sesión de pre-test** los consejeros/as se realizan acciones de acogimiento inicial que buscan propiciar un clima de la sesión apto para abordar los contenidos y efectuar acciones indagatorias sobre tópicos de interés que puedan perfilar la sesión. Entre las materias de indagación se mencionan las razones del usuario/a para realizarse el test, situaciones de riesgo de los consultantes y elección de los servicios institucionales frente a otras alternativas.

Por otra parte, existen contenidos que se transmiten a los usuarios/as, constituyendo una acción esperada de la sesión: establecer que el examen del SIDA no es un examen preventivo, información sobre la situación de riesgo, el uso correcto del condón, la confidencialidad de la sesión, el examen corresponde a una toma de muestra de sangre que puede realizarse sin orden médica.

Institución	Descripción de las acciones en la consejería pre-test
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar en las razones del usuario/a para realizarse el test del VIH/SIDA. • Establecer que el examen del SIDA “es un examen definitivo” y no preventivo. • Indagar en las situaciones de riesgo de los consultantes. • Revisar y reforzar la información y la situación de riesgo para los consultantes que acuden por segunda vez al servicio. • Establecer que el condón es un objeto imprescindible. • Aclarar que todo lo conversado en la sesión de consejería es confidencial. • Establecer que “es mejor ocupar otro lenguaje” más adecuado en la sesión correspondiente. • Se les pregunta a las consultantes qué los trajo a la Corporación. • A las consultantes mujeres se les refuerza el necesario uso del condón y las distintas formas para ponerlo.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer que el examen consiste en una toma de muestra de sangre que puede realizarse sin orden médica. • Establecer que el examen es una instancia de diagnóstico
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información

RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer que “la persona se sienta cómoda, que vea primero lo que le está ocurriendo”. • El consultante llega a la institución por diferentes medios. • En la primera consejería se determina si se necesita o no de la realización del test. Desde ahí, se proponen formas de prevención. • Consejera señala que es difícil que pueda mejorar su servicio de consejería pues “entrego lo mejor de mí”. • “El servicio que entregamos es súper bueno”.
---------	---

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Ante un **resultado negativo** se realizan acciones tendientes a transmitir información sobre los resultados del test y se reafirman las condiciones de confidencialidad. Según reportó en una institución se le ofrece la posibilidad de no abrir el sobre sellado con el resultado en la misma sesión si así lo estima conveniente, se conversa sobre las dos semanas que han transcurrido desde la realización del test como una estrategia de incorporación del usuario a la sesión (“para romper el hielo”) y el consejero/a establece, en una conversación, el concepto de que un resultado negativo no significa para nada ser invulnerable al VIH.

Institución	Descripción de las acciones en la consejería post-test negativo
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Repasar nuevamente cuáles son los posibles resultados. • Se le recuerda al usuario los posibles resultados del test. • Se reafirma el carácter confidencial que tiene el resultado. • Se le da al usuario la posibilidad de no abrir el sobre con el resultado en la misma sesión. • Se conversa sobre las dos semanas que han pasado desde la realización del test “para romper el hielo”. • Establecer que un resultado negativo no significa para nada ser invulnerable al VIH. • Se le recuerda al usuario “lo mal que lo pasó durante las dos semanas que esperó el resultado”. • Una de las cosas más exigentes de la sesión es cuando el consultante le pide al orientador que abra el sobre con el resultado.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar en el consultante las medidas de prevención. • “Manejar esta cosa de sentirse invulnerable”.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Se cita al consultante a buscar su resultado dejando en claro que él/ella es la única persona que puede efectuar dicha acción. • Se le entrega el resultado en un sobre sellado para que decida abrirlo o no. • Conversar sobre “lo que significa el resultado” y sus implicancias.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Al igual como se describió en la sesión anterior con resultado negativo, en la consejería **post-test positivo** se realizan acciones de acogida, contención de la ansiedad y se transmite información y conversa sobre los significados de los resultados. La variación se produce al conocer un resultado positivo en la propia sesión de consejería, donde se desarrolla un despliegue de acciones tendientes a provocar una situación de expresión, libertad para el usuario y apoyo emocional. Adicionalmente, se indaga en el apoyo familiar y de amigos que tiene el usuario/a. En otras oportunidades se constata que los usuarios optan por no abrir el sobre sellado de los resultados y hacerlo posteriormente. Este hecho causa intranquilidad en algunos consejeros al no poder apoyarlos si lo requieren.

Se le explica al usuario/a que requiere aún una segunda muestra y la confirmación del Instituto de Salud Pública. Una vez confirmados estos resultados al consultante se le ofrece acompañarlo en otras sesiones, participar en los grupos de la propia organización, derivarlo hacia los hospitales públicos o hacia la organización VIVO Positivo.

En una institución se establecen redes de apoyo médico para quienes enfrentan un resultado reactivo y se deriva a un psicólogo que decide un plan de terapia pertinente.

Institución	Descripción de las acciones en la consejería post-test positivo
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar en la reacción que los consultantes tienen. • Efectuar una contención y dar libertad de reacción al consultante. • La consejería finaliza en la notificación del resultado reactivo de la segunda muestra. • Posteriormente se realiza una derivación hacia hospitales públicos o hacia VIVO+. • “Estar atentos para la contención”. • Contener a los consultantes en situaciones de crisis, mediante un afecto físico. • Comprometerse con el consultante a acompañarlo en cuatro o seis sesiones más. • Indagar si el consultante posee algún grupo de apoyo, familias o amigos. • “Chequear cómo vienen psicológicamente a buscar el resultado”. • Lo que más intranquiliza a los consejeros es que el consultante no abra el resultado en la sesión y “que se lo lleven”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer redes de apoyo médico para quien se enfrenta al resultado reactivo. • Derivación a un psicólogo que decide un plan de terapia pertinente para el consultante seropositivo. • Una parte importante tiene que ver con “una contención emocional primaria” hacia el usuario.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Se cita al consultante a buscar su resultado dejando en claro que él/ella es la única persona que puede efectuar dicha acción. • Se le entrega el resultado en un sobre sellado para que decida abrirlo o no. • Conversar sobre “lo que significa el resultado” y sus implicancias. • Se le explica al usuario que aún se requiere de una segunda muestra y la confirmación del Instituto de Salud Pública. • Informar a los usuarios en torno a las estrategias de autocuidado. • Después de la entrega del resultado positivo hay dos sesiones o tres sesiones más, dependiendo de la confirmación o no del resultado.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Medidas de confidencialidad

Los entrevistados coincidentemente plantean que las medidas de confidencialidad respecto a la información personal de los usuarios/as es rigurosamente resguardada por las instituciones de la sociedad civil. No se reportaron casos o situaciones problemáticas acerca de la confidencialidad de los datos personales y estado serológico de los usuarios/as.

En algunos casos se señala que existen normas expresas de regulación y castigo para quienes, eventualmente, puedan transgredir estas medidas. En este contexto, respecto al conocimiento del

consejero/a del resultado del test previamente a la sesión, existen diversas formas de manejo. En algunas organizaciones se enternal mismo tiempo el consejero y el/la consultante siendo coincidente el consejero pre y post test, y en otras organizaciones, el consejero sabe previamente cuando se trata de un resultado reactivo, con el propósito de poder perfilar el miembro del equipo de consejería que se encuentra en mejor disposición para abordar la sesión.

Institución	Descripción de medidas de confidencialidad en la consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un seguimiento a los consultantes. • La confidencialidad es muy importante en el desarrollo de la consejería
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • No se solicita a los consultantes datos que lo identifiquen. • “Es súper castigado” [en los consejeros] cualquier violación de la confidencialidad. • Se procura que la consejería post-test la realice el mismo consejero de la sesión de pre-test. • Los consejeros de la CChPS “no saben el resultado que viene en el sobre y eso es distinto a todos los demás lugares [Servicios de Salud y Red-Oss]”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • No ha habido problemas con la confidencialidad. • LAZOS no avala que se den testimonios a través de medios de comunicación en los cuales participen consultantes de la institución. • La confidencialidad posee una importancia “absoluta” en la consejería.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente los consejeros “nunca más” ven a los consultantes. • No se pregunta por el estado serológico del consultante.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • El papel de la confidencialidad en RED-OSS “es prioritario”. • “Todo se maneja con números... es imposible saberlo y que entreguemos información”. • Los consejeros no se han enfrentado a ningún problema en donde la confidencialidad se haya puesto en peligro. • La consejería pre-test “siempre es confidencial y anónima”, siempre entre dos personas. • La consejería post-test “siempre es confidencial y anónima”, siempre entre dos personas.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

e) Técnicas o materiales de apoyo a la consejería

Las acciones propias de la consejería, como también las formas de mediación que se realizan, cuentan en algunos casos con técnicas o materiales de apoyo. Se reportan el uso de preservativos masculinos y femeninos, con fecha de vencimiento para fines educativos según corresponda a usuarios hombres o mujeres, un dildo para las demostraciones del uso correcto del preservativo y en algunos casos lubricantes. Adicionalmente, se señala como un recurso el sitio web institucional y el Fonoayuda.

En dos instituciones, no se informa del uso de técnicas o materiales de apoyo para las sesiones de consejería.

Institución	Descripción de las técnicas y materiales de apoyo a la consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Existen preservativos (vencidos) que se utilizan para las demostraciones de su uso correcto. • Existe un dildo para las demostraciones del uso correcto del preservativo. • Hay preservativos femeninos para las consultantes.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un registro en donde se van sistematizando las consejerías. • Existe un fonoyuda que también se va sistematizando en un registro, “aunque nosotros privilegiamos el espacio cara a cara”.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Existen las herramientas para enseñar a usar preservativos (lubricante, dildo) • Existe en el sitio web del MUMS un espacio destinado a las consultas en prevención.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

f) Contextos temporales y espacial de la consejería

Los contextos temporales y espaciales de la consejería en las instituciones de la sociedad civil tienen diversas características. En algunos casos el espacio no se considera suficientemente adecuado si bien se destina un espacio específico, y en otras organizaciones el espacio es evaluado satisfactoriamente.

Respecto al tiempo de la consejería se definen en dependencia de las necesidades los consultantes, aun cuando con un encuadre que para algunas instituciones va desde un límite inferior de 15 a 20 minutos para la consejería post-test negativo hasta una hora o más en el caso de la sesión post-test positivo o varias sesiones. Todo lo anterior, en dependencia de las circunstancias que plantee el usuario/a

Institución	Descripción de contextos temporal y espacial de la consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • “Los tiempos de la consejería dependen de los consultantes”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • En general, se considera adecuado el espacio existente.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un tiempo “cronológico y un tiempo lógico”.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Una consejería, por lo general, dura alrededor de 45 minutos o una hora. • Por lo general, se llega a un máximo de 4 sesiones por consultante.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • El espacio físico es considerado limitado. • Se establece un tiempo mínimo de media hora para conversar con el consultante. • Se realiza en un espacio especialmente destinado para la sesión.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Institución	Descripción de contextos temporal y espacial de la consejería post-test negativo
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 15 y 20 minutos. “Es sumamente relativo” y “tiene que ver con cada consejero”. Entre 5 y 10 minutos.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece un tiempo mínimo de media hora para conversar con el consultante. • Se realiza en un espacio especialmente destinado para la sesión.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En el caso de la consejería con resultado positivo y especialmente en la realización de la segunda muestra es significado por algunos usuarios/as como falta de credibilidad, pues no corresponde a las instalaciones hospitalarias que se esperarían para un abordaje clínico de la situación de la persona consultante.

Institución	Descripción de contextos temporal y espacial de la consejería post-test positivo
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • “Aquí no hay un ambiente hospitalario, entonces el hecho de que [la segunda muestra] se realice en un ambiente como éste en algún minuto disminuye la credibilidad de la confirmación”. • “Cada caso es independiente y uno se demora lo que se tiene que demorar”. • Hay contenciones que pueden durar una hora o más si es necesario.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece un tiempo mínimo de media hora para conversar con el consultante. • Se realiza en un espacio especialmente destinado para la sesión. • Si la persona solicita más sesiones de consejería, después de la confirmación del resultado positivo, “pueden haber hasta diez sesiones”.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

2. Los contextos de la consejería en VIH

La visión del Estado Chileno y la consejería desde la sociedad civil

La visión que poseen las organizaciones de la sociedad civil sobre el Estado chileno se organiza desde una posición crítica y demandante.

En términos globales, se observa la ineficacia de la acción del Estado chileno en lograr un papel activo y comprometido en la lucha contra la epidemia y cumplir su responsabilidad en la

prevención del VIH/SIDA. Un elemento sintomático es que no se observan aplicaciones de la Ley de SIDA por parte del Estado.

Al Estado chileno se le atribuye escasa valoración de la actividad que realizan los consejeros en VIH en el país. En este marco, han existido quiebres en relaciones entre CONASIDA y ONGs; su interrupción por problemas de financiamiento; la apropiación indebida de la autoría del trabajo y publicaciones de la sociedad civil; el privilegiar los aspectos técnicos por sobre la práctica de trabajo “cara a cara” de la consejería; y finalmente, una devaluación que realizan los funcionarios de la servicios públicos de salud del trabajo de las ONG.

Específicamente, la acción pública es considerada negativamente tanto cuando se organizan campañas públicas, como también, en la consejería en VIH. Las campañas públicas de prevención se significan como una recarga del trabajo para las organizaciones de la sociedad civil al aumentar el número de consultantes, y por otra parte, son cuestionadas en cuanto la pertinencia de su contenido principal (la actual campaña del Estado “es absurda”, pues “en ningún momento te dice lo que tienes que hacer y cómo”).

Por su parte, las consejería en VIH que implementan los servicios públicos son criticados en términos de su enfoque normativo y exclusivamente médico; la ausencia de tiempo que atenta contra la consideración de programas de prevención; la superficialidad del trabajo en la vulnerabilidad y las percepciones de riesgo de los consultantes; la falta de acogida y el privilegio de la información por sobre “el factor social”; la discriminación homofóbica según los testimonios de los consultantes y transgresiones éticas de algunos médicos que atienden personas viviendo con VIH. Sólo en una institución de la sociedad civil se reconoció que la consejería en los servicios públicos de salud tiende a “ser más integral” actualmente.

Si bien el Estado mantiene estas relaciones y valoración negativa de las instituciones de la sociedad civil, se constata una paradoja al requerir del trabajo en prevención que éstas desarrollan. Estos servicios tendrían como efecto el “aliviar la carga del Estado” en su responsabilidad y liberarse así de ese rol que debe cumplir (“se han lavado las manos”). Un ejemplo es que, según reporta una institución, muchas veces los servicios públicos derivan a las personas en situación vulnerable hacia las organizaciones sociales.

Institución	Descripción del Estado y la consejería en VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Existe poca valoración hacia la actividad que realizan los consejeros en VIH en el país.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que se realiza una campaña a nivel nacional, la cantidad de consultantes aumenta en forma considerable. • El Estado intenta tener un papel más activo en la lucha contra la epidemia, pero “lo logra poco”. • No se han visto las aplicaciones de la ley del SIDA por parte del Estado. • No hay “un trato más humano” de los servicios de salud hacia los consultantes. • La actual campaña del Estado “es absurda”, pues “en ningún momento te dice lo que tienes que hacer y cómo”. • “Obviamente es responsabilidad del Estado el tema de la epidemia del VIH”. • Se privilegia la información y “lo que debe hacer la persona”, pero se pierde vista muchas veces “el factor social”. • Se han producido quiebres en la relación entre las ONG y la CONASIDA, “eso quedó un poco estancado”.

	<ul style="list-style-type: none"> • Las relaciones se interrumpen, generalmente, por problemas de financiamiento. • Hay una apropiación del trabajo y de las publicaciones en torno al VIH/SIDA, por parte del CONASIDA. • Generalmente, en las mesas de discusión, se discuten aspectos técnicos que distan mucho del “cara a cara” de la consejería.
Grupo Lazos	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
MUMS	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas que trabajan en los servicios de salud “miran con muy mala cara a la gente que trabaja en las organizaciones sociales”. • Si bien se ha avanzado en los servicios públicos con respecto a las consejerías, todavía el personal de salud “es súper estructurado... están muy enmarcados en el tema del deber-ser”. • En rigor, no hay programas de prevención en los servicios públicos, principalmente por falta de tiempo. • El papel del Estado ha sido “cartucho... no se quiere meter”. • “No hay un trabajo más a fondo en el tema de trabajar la vulnerabilidad y las percepciones de riesgo de una persona”. • Dentro de lo posible, la consejería de los servicios públicos también tiende a “ser más integral”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • El servicio de consejería de la sociedad civil “alivia la carga del Estado” en cuanto a sus responsabilidades en el campo del VIH/SIDA. • No hay un reconocimiento estatal hacia el trabajo en prevención del VIH que realizan las instituciones de la sociedad civil. • Los servicios de Salud Pública enfocan la consejería desde un punto de vista exclusivamente médico. • “Las instituciones públicas de salud... se han lavado las manos con el tema de la consejería y nos dejan a las organizaciones de la sociedad civil que toquemos ese tema”. • Muchas veces los servicios públicos derivan a las personas en situación vulnerable hacia las organizaciones sociales. • El Estado “no se siente responsable en el tema específico de la consejería”. • “Es importante que haya un acercamiento” entre las organizaciones públicas y las de la Sociedad Civil. • En otras instituciones –generalmente públicas- las personas no siempre se sienten acogidas. • Los servicios de Salud Pública tienen una mayor carga de trabajo y “están más presionados”. • “Sin el apoyo de la Sociedad Civil” las instituciones del Estado no pueden solucionar sus problemas con respecto a la prevención en VIH. • Dentro de la consejería que realizan los Servicios Públicos opera una discriminación homofóbica, lo cual se verifica en los testimonios de los usuarios. • Hay casos de faltas a la ética por parte de algunos médicos de los Servicios Públicos que atienden personas que viven con el VIH.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Teniendo presente el conjunto de rasgos indicados, cuando los entrevistados se refieren al programa de prevención del VIH/SIDA del Ministerio de Salud señalan carecer de información suficiente sobre los recursos que destina el Estado al trabajo en VIH/SIDA, tener escasos contactos a partir de proyectos de trabajo, y por otra parte, se cuestiona su enfoque al calificarlo limitado a una perspectiva bio-médica que no abarca los aspectos psicosociales.

Si bien se constatan estas características, en las instituciones de la sociedad civil se indica que existen elementos positivos como es superar la carga de trabajo para realizar las consejerías y la preocupación de la campaña pública de prevención del VIH aun cuando conceptualmente no es “ideal.

Institución	Programa prevención del VIH/SIDA MINSAL
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Se han producido contactos con el Estado, pero solamente a nivel institucional y no en torno a un proyecto específico. • No se sabe cuántos recursos destina el Estado al trabajo en VIH/SIDA.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una valoración positiva de lo que pueden realizar los servicios públicos, debido a la carga de trabajo que tienen. • La campaña actual, si bien no es “lo ideal”, demuestra una preocupación.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Es un enfoque casi exclusivamente bio-médico.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un enfoque exclusivamente bio-médico, que no abarca los aspectos psicosociales de los usuarios. • “Todos estos servicios están sobrepasados”. • Es “perfectamente posible” que en los Servicios de Salud Pública se realicen consejerías.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Otra iniciativa que es promocionada desde el Estado como es la red de consejeros, igualmente es cuestionada por los entrevistados tanto al atribuirle fines particulares al encontrarse circunscrita a la consejería pre y post test, excluyendo otras expresiones de consejería, como asimismo, al señalar la ausencia de conocimiento de su existencia o carecer de un funcionamiento adecuado.

Institución	Red de Consejeros
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • “Está como muy manejada... no todo el mundo entra en la red”
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • “No conozco ninguna red de consejeros” • No se aprecia una coordinación entre los grupos de salud y la red de consejeros. • La “Red” no ha funcionado.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • No hay un conocimiento de una Red de consejeros.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • La Red de consejeros está más enfocada al tema del pre y post test.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Finalmente, respecto al Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, TBC y Malaria se aborda de un modo crítico en el contexto de la consejería y de la toma de decisiones sobre la realización de este estudio. En otros casos las organizaciones no se pronunciaron sobre el Fondo.

Institución	Fondo Global
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • “No hemos visto beneficios específicos” para la consejería. • “No participamos del proceso” de sistematización y evaluación, “porque no fue compartido... no fuimos considerados para eso”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Existen muchas disputas entre las instituciones para acceder a fondos como éste.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Hay insuficiencia de dinero, el cual, pese a sus escasez “debe ser aprovechado”. • “Se financian ciertas cosas y no otras”.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

La visión de las ONGs por las instituciones de la sociedad civil

La visión que construyen las instituciones de la sociedad civil respecto de sí mismas en cuanto un contexto inmediato de sus prácticas, posee elementos ambivalentes:

- Una perspectiva caracteriza las relaciones de las ONGs con sus usuario/as de una forma positiva al ser comparada con los servicios públicos de salud. Esta valoración positiva se explica por que las ONGs guardan relaciones diferentes a la jerarquía entre médico y el paciente propia de los servicios de salud. Es un trato diferente –“otro trato”– facilita las intervenciones, que crecientemente se optimiza y profesionaliza. Los usuarios/as posibilitan las relaciones entre las ONG a través de la derivación, que es un signo de las relaciones informales de colaboración (“cariños y afectos”) más que acuerdos formales de apoyo mutuo.

Es posible reconocer un grupo de ONGs que se reconocen tributarias del aporte de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA (CChPS) en cambio otras, atribuyen ese origen a un grupo particular. Ese grupo estaría compuesto por “las mismas personas que viven con el virus”. En ambos casos se reconoce el aporte de las instituciones de la sociedad civil a la prevención del VIH y que el Estado chileno no podría prescindir de su aporte.

- Otra orientación es de orden crítica, principalmente al devaluar la calidad de las relaciones entre organizaciones. En esta visión se indica que estas instituciones guardarían relaciones de “pugnas de poder”, desconfianza, transgresiones a la confidencialidad de los consultantes, sin unificación de criterios, con ideas erróneas sobre la prevención del VIH, con “situaciones aberrantes” y con “malas relaciones”.

Ante estas perspectivas de interpretación, las características internas de las propias organizaciones se tienden a definir positivamente. Así, se reconocen procesos de formación en consejería desde sus orígenes y con modos de trabajo que se han construido en el tiempo, logrando cada institución construir un perfil propio. Un ejemplo, se encuentra en instituciones que pueden señalar que son las únicas que realizan un tipo de consejería “entre pares” y en otros casos, que pueden visualizar el predominio de un enfoque cognitivo-conductual en las prácticas de trabajo.

Institución	Descripción de ONG con trabajo en consejería VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Hay “otra forma de trato” en las ONG con respecto a los servicios de salud, en los cuales se establece una jerarquía médico-paciente. • Existen pugnas de poder entre las ONG que trabajan con el tema del VIH/SIDA.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente, la relación entre las organizaciones e la sociedad civil se establece con las derivaciones. • Existe una cierta desconfianza hacia el trabajo que realizan las otras organizaciones en términos de prevención. • Las formas en que las consejerías se realizan, varían según los intereses de cada organización. • Hay buenas relaciones con VIVO +. • “No nos dedicamos a buscar vínculos para la derivación, es más que nada por los cariños y los afectos”. • Todavía se dan “situaciones aberrantes” en las instituciones de la sociedad civil. • Se ocupan distintos modelos para la consejería, pero generalmente prima un enfoque cognitivo-conductual. • No ha habido una unificación de criterios entre las ONG, aunque sí existe una intención por “potenciar” las diferencias. • Hay un contacto entre las ONG para realizar derivaciones de los usuarios (MUMS y CChPS).
Grupo Lazos	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja en red con otras ONG para la derivación en la realización del test de Elisa (en tanto LAZOS no realiza toma de muestras). • “La consejería entre pares [de las otras organizaciones de la sociedad civil] conduce a conceptos e ideas erróneos”. • Hubo mucho silencio en Chile con respecto al VIH. • Quienes se abocaron al tema del VIH en el país eran, en su mayoría, las mismas personas que viven con el virus.
MUMS	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas veces existen malas relaciones entre los miembros de las ONG. • La CChPS seguirá siendo la “organización madre” de todas las que trabajan en el tema del VIH/SIDA. • Por lo general, en caso de una derivación, se pone en contacto al usuario con RED-OSS. • Existe una “buena relación humana” en el equipo de consejeros de la institución. • Hay “otra mirada” en las organizaciones sociales, lo cual facilita la intervención. • Las ONG todavía permanecen “invisibilizadas” como espacios de prevención y consejería del VIH. • Hay ONG de las cuales se desconoce el trabajo. • El voluntariado y las rotaciones de consejeros “quitan un poco de profesionalismo frente a este tema”. • El trabajo de las ONG, en lo general, “se está optimizando”. • “Nosotros somos los únicos que hacemos consejería entre pares”. • La consejería de las organizaciones sociales es más efectiva en términos de afectividad. • Hay un contacto permanente y una retroalimentación con VIVO +, RED-OSS y el Centro Romero, en los casos de derivación. • “Las lesbianas no han sido consideradas” en los programas de prevención, en tanto todavía muestran bajos índices de vulnerabilidad.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La institución desarrolló la consejería desde su fundación e incluso antes que los hospitales. • En el presente no trabaja de la misma manera que en el pasado. • Se cayó en asistencialismo. • “Nosotros los acompañábamos a los pacientes a los hospitales”. • Los consejeros realizaban diversas actividades y funciones, más allá de la consejería. • En los hospitales los consejeros de la instituciones desarrollaron diversas actividades de

	<p>apoyo a los usuarios (acompañamiento en las derivaciones, visitas a pacientes, apoyo material).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante el reconocimiento de la institución en el hospital, funcionarios terminaron el convenio. • Desde el origen de la institución se encuentra una preocupación y exigencia por el cumplimiento de la confidencialidad, especialmente el uso de ficha de usuarios. • Se recuerda y evalúa un escaso número de consejeros. • Ahora se está en mejores condiciones “a otro nivel”. • La consejería en RED –OSS ocupa un lugar “importantísimo”... “siempre estamos haciendo consejerías”. • Por ser voluntaria, a la consejería los usuarios concurren con una buena disposición. • La consejería se ha establecido más profesionalmente en las Organizaciones Sociales que trabajan en el tema del VIH/SIDA. • Hay una constante capacitación en las organizaciones de la Sociedad Civil en el tema del VIH/SIDA, al contrario de los Servicios Públicos que realizan consejería. • Las instituciones de la Sociedad Civil poseen una mayor autonomía en la implementación de las consejerías en VIH. • La limitación fundamental de las ONG es siempre un problema de recursos económicos. • “Había mucha pelea” entre las organizaciones que comenzaron a trabajar en el tema de prevención del VIH/SIDA en el país. • “Sin el apoyo de la Sociedad Civil” las instituciones del Estado no pueden solucionar sus problemas con respecto a la prevención en VIH. • “La consejería parte desde la Sociedad Civil”. • Existen diferencias entre las instituciones sociales, sobre todo en lo que dice relación a los usuarios que dirigen la consejería.
--	--

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Los contextos de redes sociales, culturales, psicosociales y económicos de la consejería en VIH

La visualización de otros contextos que influyen o se relacionan con la práctica de trabajo de la consejería comprenden los ámbitos de las redes sociales, contextos culturales y psicosociales de la consejería, como asimismo, hay algunas alusiones al entorno económico que la rodea.

Respecto a las redes sociales se visualizan escasos elementos al ser comparadas con los otros entornos. En particular se menciona las redes de apoyo en hospitales y la sociabilidad homosexual que actúa de un modo protector.

Contextos Instituciones	Descripción del contexto de las redes sociales de la consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
Grupo Lazos	<ul style="list-style-type: none"> • Existen redes de apoyo (con hospitales) para los consultantes seropositivos que requieren triterapia.
MUMS	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un “entorno” en la esfera homosexual que hace “que uno esté protegido”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En cambio, cuando los entrevistados se refieren a los contextos cultural y psicosocial en el país elaboran los siguientes elementos negativos:

- La existencia de prejuicios hacia el VIH/SIDA.
- La existencia de un tabú sobre el tema del VIH/SIDA.
- El uso social de un lenguaje discriminatorio sobre la epidemia.
- La persistencia de la asociación entre VIH, homosexualidad, y prostitución.
- La confusión sobre las vías de transmisión que se encuentran en el espacio social, los medios de comunicación y en internet.
- La reducción de la sexualidad a la genitalidad como un obstáculo para la prevención del VIH/SIDA.
- La ausencia de reflexión social profunda sobre la homosexualidad y la sobre-exposición de la homosexualidad.

La acción de prevención que desarrollan las organizaciones de la sociedad civil se enfrenta a barreras culturales y psicosociales que obstaculizan la promoción de medidas concretas de autocuidado. En este sentido, hubo diversas referencias a la resistencia al uso del preservativo de muchos hombres, reconociéndose diversos factores que lo explican:

- En muchos casos existe un deseo sexual compulsivo que los impulsa a incurrir en situaciones de vulnerabilidad, y en el caso de hombres gay, en la búsqueda del riesgo.
- Hay creencias en hombres heterosexuales de que usar el preservativo cuestiona los mandatos de la masculinidad; se considera “de poco hombres” la incorporación de esta práctica.
- La saturación de información en torno al VIH/SIDA y las ETS. Estas características y desde una perspectiva crítica, en una de las instituciones de la sociedad civil, se señala que “el condón normaliza las relaciones entre las personas”.

Específicamente, la relación entre los contextos cultural, psicosocial y la consejería en VIH se constata en la escasa valoración social de la consejería en VIH y las pugnas de poder y dinero que impiden un progreso claro del tema en el país. Ante estos contextos se observa que las organizaciones homosexuales tienen un discurso repetitivo y que no logra dar cuenta de los cambios y continuidades culturales de la sociedad chilena.

Por otra parte, en el entorno social existe la necesidad de encontrar víctimas y “no personas que vivan bien” cuando se busca desarrollar una actividad de voluntariado en este campo.

Contextos Instituciones	Descripción de contextos culturales y psicosociales de la consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un alto nivel de prejuicio hacia todo lo que tiene que ver con el VIH/SIDA en el país. Existe poca valoración hacia la actividad que realizan los consejeros en VIH en el país. • Pugnas de poder y de dinero no permiten un progreso claro en el tema de la consejería en el país.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Se emplea una terminología que no es la adecuada para hablar sobre VIH, y que sugiere también algún tipo de discriminación. • Para muchas personas, el problema del VIH sigue siendo, exclusivamente, “un problema de homosexuales y prostitutas”. • Existe una gran mistificación en muchas personas sobre las vías de transmisión del

	VIH/SIDA (besos o cualquier tipo de contacto).
Grupo Lazos	<ul style="list-style-type: none"> • “La gente no tiene para nada claro cosas básicas con respecto al VIH, a pesar de las campañas”. • El voluntariado, en Chile, se entiende muchas veces en tanto una acción “de caridad”.
MUMS	<ul style="list-style-type: none"> • La epidemia del VIH se ha focalizado en los homosexuales. • La sexualidad es enfocada desde un punto de vista exclusivamente “genital”. • Todavía existe una homofobia fuertemente arraigada en el espacio social. • Medios de comunicación como Internet a veces contribuyen a la confusión y mitificación de vías de contagio del VIH que no son tales. • “En Chile no se ha logrado hacer una reflexión más profunda con respecto a la homosexualidad”. • “El discurso homosexual es un discurso repetido”. • El espacio de lo homosexual hoy “está sobrevisibilizado”. • Muchos hombres tienen “la urgencia” por “conquistar el objeto del deseo”, lo cual muchas veces los lleva a incurrir en situaciones de vulnerabilidad. • En muchos hombres heterosexuales existe la creencia que usar preservativo “es de poco hombre”. • Muchos hombres homosexuales buscan el riesgo. • El no usar condón puede ser entendido como una respuesta frente a cierta saturación de información en torno al VIH y a las ETS. • “El condón normaliza las relaciones entre las personas”. • “Ya no está en cuestión el tema de la identidad para tener una relación sexual”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La conceptualización utilizada también ha ido evolucionando hacia un lenguaje menos violento y menos “ignorante”. • La problemática del VIH se situaba como un tema “tabú”. • Numerosas personas se acercan a trabajar voluntariamente como consejeros esperando encontrar víctimas y no “personas que vivan bien”. • En el pasado llegaban a la consejería usuarios en malas condiciones psicológicas. • La disposición de los consultantes para indagar sobre la sexualidad se ha ido fortaleciendo debido a la mayor información que existe.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En los entrevistados se mencionaron algunos elementos del contexto económico de la consejería problematizando la gratuidad de los servicios de consejería y la interpretación que lo subvalora por este hecho. Por otra parte, esta práctica de las instituciones de la sociedad civil se enfrenta a la permanente y actual escasez de recursos y en el futuro inmediato se visualiza que en los servicios públicos no existirán recursos para una profesionalización de la consejería.

Ante los espacios de “encuentro sexual anónimo” entre homosexuales, como entorno que debe ser considerado en la consejería de VIH, se observa que paulatinamente se han ido reglamentando en virtud de las exigencias de un mercado, tales es el caso de discotecas y saunas.

Contextos Instituciones	Descripción de contextos económicos de la consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
Grupo Lazos	<ul style="list-style-type: none"> • “La consejería debe siempre ser gratuita”.
MUMS	<ul style="list-style-type: none"> • El espacio del “encuentro sexual anónimo” entre homosexuales paulatinamente se ha ido reglamentando en virtud de las exigencias del mercado (discotecas, saunas).
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios no valoran completamente el servicio gratuito de la consejería. • Hoy existen más recursos para la consejería en VIH. • Mientras no hayan recursos en los Servicios Públicos, “no va a haber una profesionalización” de las consejerías. • “En un futuro cercano” no van a existir suficientes recursos para una profesionalización de los servicios públicos en la consejería. • La limitación fundamental de las ONG es siempre un problema de recursos económicos.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

3. La formación en consejería a partir de la visión de los consejeros/as

La formación en consejería en la visión de los consejeros, encargados de consejería y directivos en general es indicada como una condición para el trabajo que se desarrolla y todas las organizaciones manifiestan haber tenido experiencias institucionales en este sentido.

Los contenidos de la formación son variados y trascienden el campo temático de la epidemia, incluyéndose por ejemplo la mediación de conflictos de pareja. Los contenidos directamente vinculados a la consejería VIH consisten básicamente en los siguientes elementos:

- Confidencialidad.
- Vulnerabilidad y percepción de riesgos.
- Educación, “rol y características del consejero, habilidades y rol de la consejería”.
- Derechos ciudadanos.
- Diversidad sexual.
- Trabajo con usuarios/as seropositivos.

En este marco, se plantea la necesidad de profundizar en conocimientos médicos de las ETS y aspectos específicos de la sexualidad, como asimismo, en la interacción adecuada para escuchar a los usuarios/as. Esta necesidad de profundización se encuentra ligada a lograr una profesionalización de la consejería en sus distintos niveles.

En una de las instituciones se propuso como un tema nuclear –“el gran tema”- el enfrentamiento del problema del VIH, en particular el uso del preservativo en las parejas heterosexuales y las formas en que las mujeres enfrentan dicho uso con sus maridos.

Institución	Contenidos de la formación en consejería en VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
<ul style="list-style-type: none"> • CChPS 	<ul style="list-style-type: none"> • “El gran tema” es cómo enfrentar el problema del VIH y el uso del preservativo en parejas heterosexuales y cómo las mujeres enfrentan tal situación ante sus maridos. • “Nos hemos capacitado en situaciones de crisis y solución de conflictos entre parejas”. • Se puede “sacar provecho” de las experiencias en términos de publicación. • La capacitación ha profundizado los conocimientos en las distintas ETS que pueden existir, para derivar a los consultantes hacia los médicos ginecólogos.
<ul style="list-style-type: none"> • Grupo LAZOS 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una falencia en el aprendizaje de ámbitos más específicos de la sexualidad.
<ul style="list-style-type: none"> • MUMS* 	<ul style="list-style-type: none"> • Una completa capacitación debe integrar mayores conocimientos médicos de las ETS. • El “modelo de consejería” de la capacitación entregada por el CONASIDA “cada uno la va adaptando” • Se trabaja en torno a la vulnerabilidad, percepción de riesgos, educación, “rol y características del consejero, habilidades y rol de la consejería” • Derechos ciudadanos y diversidad sexual. • Ha habido una capacitación para trabajar con consultantes seropositivos.
<ul style="list-style-type: none"> • RED-OSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr una capacitación en la que se deje en claro que el consejero no debe hablar continuamente. • La confidencialidad marcó la formación de consejeros en la institución. • Lograr una profesionalización de la consejería a todo nivel, ya sea entre pares o no

- *Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Los contenidos reseñados anteriormente se concretan en ciertos procesos de formación en consejería. En general, se reporta que las instituciones mantienen una acción persistente en cuanto a la capacitación, de este modo se informa en una organización que, al menos una vez al mes, se capacita a los consejeros en diferentes temas de interés o en otras que buscan asistir a la mayor cantidad de cursos posibles. Incluso se registra la experiencia de haber capacitado personas que no pertenecen a este ámbito de la sociedad civil.

Esta disposición a la capacitación correspondería a la necesidad y voluntad de los consejeros. Situación contrastante con los servicios públicos de salud, donde según una organización, en CONASIDA “se obliga” a las personas a realizar cursos de capacitación en consejería.

Las diversas actividades de capacitación han contado con la colaboración entre instituciones de la sociedad civil y el Estado, se mencionan como entidades capacitadoras a la Corporación Chilena de Prevención del SIDA, el Centro Romero, Movimiento Unificado de Minorías Sexuales, Universidad Diego Portales y Seminario Insight.

No existe una imagen de consenso respecto a los requisitos para ser consejero y el papel que cumple una formación en profundidad y exigencias de aprobación. Así se señala por parte de un entrevistado: “no hay por qué pasar por tanto pre-requisito para lograr hacer una orientación”, en cambio en otro caso, se propone la importancia de “establecer, en un comienzo, quienes pueden llegar ser consejeros”.

Institución	Procesos de la formación en consejería en VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Los consejeros de CIPRESSS, en lo posible, asisten todos a las capacitaciones o a la mayor cantidad de cursos posible.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • “Una vez al mes estamos capacitándonos de lo que sea”. • Los manuales o el material escrito que se elabora “son cuidados como manto sagrado”. • Después de la crisis [año 200] “empezamos a capacitarnos en otro tipo de temas”, pues se cortó el vínculo con el consultorio que realizaba las tomas de muestras. El VDRL se realizó hasta el año 2000. • Recientemente, se hizo una capacitación con la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales. • “No hay por qué pasar por tanto pre-requisito para lograr hacer una orientación”. • “Estamos experimentando con nuevas formas de capacitación”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Hay una constante capacitación de los consejeros en torno al VIH.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos” los integrantes de la institución han tenido una capacitación primaria en el tema de la prevención. • Establecer, en un comienzo, quienes pueden llegar a ser consejeros. • Se han hecho capacitaciones de 60 horas (1998, 1999, 2002, 2003) • Hay personas que no son de la institución que se re-capacitan en el MUMS.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en 1992 en el MOVILH. • Trabajo de consejería en el FONOSIDA • Ha habido cursos de capacitación ofrecidos por otras instituciones (Seminario Insight.) • Capacitación en grupo de RED-OSS, ofrecida por el Centro Romero. • En algunas instituciones, como el CONASIDA, “se obliga” a las personas a realizar cursos de capacitación en consejería

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Ante las actividades de capacitación y de diálogo entre instituciones se afirma que “no se han visto resultados”, cuestionándose sus resultados efectivos. En este último aspecto se plantea la necesidad de evaluaciones de la formación de consejeros en VIH, la necesidad de una supervisión y diseño de capacitación constante de los consejeros de la sociedad civil.

Sin embargo, se enuncian evaluaciones positivas de las capacitaciones que incluso se vinculan con los orígenes institucionales y el recuerdo de quienes las fundaron en su preocupación por la formación. En la actualidad, se afirma que se encuentran experimentando con nuevas formas de capacitación.

Un aspecto que dificulta el análisis de los contenidos, procesos y resultados de la formación en consejería en estas instituciones es la resistencia a la publicación de los manuales y materiales de apoyo a la formación que han elaborado las organizaciones de la sociedad civil. Las instituciones se encuentran conscientes de este hecho y lo atribuyen a una “falta de cultura” en este aspecto.

Institución	Resultados de la formación en consejería VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Diversas actividades de capacitación y de diálogo con otras instituciones de las que, sin embargo, no se han visto resultados. • Los manuales no se publican “por una falta de cultura”. Los manuales o el material escrito que se elabora “son cuidados como manto sagrado”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación en Chile ha avanzado bastante desde sus comienzos. • Debe existir una supervisión y capacitación constante de consejeros en las instituciones.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • La consejería que se pretende hacer “es cada vez más integral”, no solamente circunscrita a la prevención del VIH/SIDA, sino también al problema del alcohol y las drogas como factores de vulnerabilidad.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • El fundador de la institución formó a consejeros de un modo riguroso y óptimo. • Se evalúa positivamente la capacitación y los seminarios a los que se ha asistido... “siempre estamos en eso”.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

En una de las instituciones se reconoció que el “modelo de consejería” de la capacitación entregada por el CONASIDA “cada uno lo va adaptando”, planteándose las relaciones de colaboración y aprendizaje entre ONGs y Estado. Ante estas relaciones, se observan dos posiciones:

- Una posición crítica, donde las organizaciones cuestionan esa formación de CONASIDA por su falta de evolución, tecnicismo y ser puramente teórica, dejar de lado la relación entre homosexualidad, VIH/SIDA y las vulnerabilidades específicas de cada grupo. Por otra parte, se señala que algunas ONGs no han accedido a esa formación y desconocen la producción de documentos de CONASIDA sobre el tema.
- Una postura de reconocimiento positivo a los vínculos con esa formación y atribuirle el estatuto de la base del trabajo en consejería de algunas organizaciones de la sociedad civil. En ese reconocimiento se identifican lenguajes similares con apropiaciones únicas de cada organización.

Institución	Formación de consejeros de CONASIDA
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • La formación de consejeros de CONASIDA no ha evolucionado, “se han visto los mismos modelos”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Se desconoce si existe elaboración de documentos por parte de CONASIDA. • No se ha accedido, como corporación, a la capacitación de consejeros del CONASIDA. • La propuesta actual de CONASIDA “está muy técnica” con lo cual “se pierde un poco la cosa vivencial”. • La gran diferencia con la formación de consejeros de CONASIDA “es el seguimiento” (propio de la CChPS). • Actualmente los cursos de CONASIDA “están súper teóricos”. • Una de sus falencias es dejar a un lado la relación entre homosexualidad y VIH/SIDA y las vulnerabilidades específicas de cada grupo.

Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • “Esta última gestión de CONASIDA está parándose con mayor valentía”.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • La formación del CONASIDA ha sido la base de algunas de las organizaciones de la sociedad civil, como CIPRESS, LAZOS y el mismo MUMS. • “Los lenguajes pueden ser similares, pero hay algo distinto”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • En algunas instituciones, como el CONASIDA, “se obliga” a las personas a realizar cursos de capacitación en consejería: “Ellos están insertados en un engranaje... y no creo que les den mucha pelota”.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

4. Carencias, expectativas y demandas de los consejeros/as en VIH

Se abordará aquí la formulación de las carencias, expectativas y demandas enunciadas en las distintas entrevistas. Los conceptos señalados han sido definidos de la siguiente manera:

- Las carencias hacen referencia a aquellos elementos que son significados como ausentes o insuficientes por los consejeros/as, encargados de consejería y directivos.
- Las expectativas suponen las creencias, emociones y anhelos sobre los acontecimientos futuros, a partir de carencias o situaciones y problemas presentes y/o pasados, con prescindencia de un actor que pueda llevar a cabo su concreción.
- Las demandas corresponden a peticiones dirigidas a un actor determinado al que se atribuye la capacidad de representar o proponer una solución ante necesidades o requerimientos.

Esta delimitación, sin embargo, no es posible de concebir según un criterio de estricta separación entre las carencias, expectativas y demandas. Muchas de las carencias aquí expresadas se enuncian gracias a la articulación de expectativas, las cuales, a su vez, pueden obedecer y estar estrechamente imbricadas a la formulación de una demanda.

Carencias

Los entrevistados identifican un conjunto de carencias relativas a la práctica de la consejería, principalmente en el plano de los contenidos en su sentido amplio no reductible a información y en los procesos incluyentes de las condiciones para la realización de las sesiones de consejería.

En cuanto a los contenidos se plantea el poco acceso a la información más actualizada en VIH/SIDA, y donde hay campos temáticos que se consideran insuficientemente tratados en la práctica de trabajo, esto es, el área de salud mental, la “dimensión humana”, los medicamentos para el VIH/SIDA, los temas de género, homosexualidades y experiencias de trabajo de innovación en estas áreas.

Las condiciones de tiempo y espacio se configuran en barreras para una práctica de calidad. El tiempo se expresa en la urgencia de las tareas que impiden la posibilidad de reflexión y análisis de las actividades que ocurren a nivel nacional en relación con la epidemia, como también, el trabajo propio de la consejería en prevención. En adición a las insuficiencias de tiempo encontramos el espacio de las instituciones como un elemento negativo para el trabajo, en este

último sentido las carencias en la infraestructura puede comprender ítems básicos como el agua, la luz y el teléfono, que atentan contra la tranquilidad de consejeros/as y usuarios/as.

En el propio trabajo de consejería se observan carencias en cuanto a recursos humanos suficientes, acreditación de la capacidad profesional de los consejeros, materiales de apoyo como son los preservativos para las demostraciones de uso correcto y limitaciones para aprender de su propia práctica. En este último aspecto, se señala tanto la falta de sistematización cuantitativa de los datos con los que cuentan algunas instituciones, como también, la ausencia de una capacidad de “autocrítica sana” respecto de la forma de implementar la consejería.

Se detectan carencias no sólo hacia el interior de las organizaciones sino también en la derivación de usuarios/as hacia los servicios públicos. Limitación que debe ser puesta en relación con los resultados en el capítulo sobre los contextos de la consejería, donde se exponen la visión negativa que existe entre ONG y Estado en este ámbito.

Institución	Carencias en relación con la consejería en VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de valoración de la actividad de los consejeros. • No siempre se cuenta con el material adecuado para realizar una consejería óptima (preservativos, por ejemplo). • Poco acceso a la información más actualizada en VIH/SIDA.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Una infraestructura que no permite la tranquilidad total de los orientadores y de los consultantes. • Faltan recursos humanos para la realización “ideal” del servicio de la consejería. • “Somos muy poca gente” en el servicio de consejería. • Existe poco espacio y tiempo para la reflexión y el análisis de lo que se está haciendo a nivel nacional en torno al VIH/SIDA, debido fundamentalmente a que “se trabaja en la urgencia” y “se trata de sostener lo que hay”.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Poca preparación en el área de la salud mental. • Poca preparación de los consejeros en el área social “y en todo lo que es la dimensión humana”.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • La “falta de recursos” es “la principal” dificultad para el ejercicio óptimo de la consejería. • Falta un mayor contacto en cuanto a derivación entre los servicios públicos y las organizaciones de la sociedad civil. • “Se necesita de algo más formal, más allá de la motivación y el compromiso”. • Hace falta, en la consejería, un estudio más amplio “en temas de género, de homosexualidades, en discursos novedosos”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Se recuerda esfuerzos y trabajo voluntario intenso debido a la escasez de consejeros. • Condiciones limitadas en el inicio del trabajo eran superadas por las buenas relaciones entre consejeros, búsqueda de apoyo y donaciones. • Carencia de una sistematización cuantitativa de los datos con los que cuenta la institución. • Falta tiempo para analizar el trabajo propio en consejería en prevención. • Ignorancia total de la consejera en lo que dice relación con los medicamentos. • Dificultades en cuanto al espacio físico en RED-OSS. • Falta de recursos básicos en RED-OSS (agua, luz, teléfono). • No siempre se puede realizar la consejería post-test a la misma persona que se le hizo el pre – test, por razones de tiempo. • No existe en la institución una capacidad de “autocrítica sana” respecto de la forma de implementar la consejería. • Falta un lugar de encuentro entre los consejeros para compartir experiencias y decir “cómo nos sentimos”.

	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de preservativos a la hora de mostrar cómo se utilizan. • Falta acreditar la capacidad profesional de un consejero. • El hecho de que la consejería sea voluntaria impide la profesionalización de los consejeros, por falta de tiempo. • Falta de recursos en las organizaciones de la Sociedad Civil. • Faltan recursos en términos de infraestructura en la institución, sobre todo en lo que respecta al espacio.
--	--

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Expectativas

En cuanto a las expectativas que formulan los entrevistados, es decir, creencias, emociones y anhelos sobre los acontecimientos futuros, a partir de carencias o situaciones y problemas presentes y/o pasados, con prescindencia de un actor que pueda llevar a cabo su concreción, encontramos una serie de enunciados. En general, aluden a los mismos entornos ya descritos como carenciados y criticados en los apartados anteriores.

Así, se espera un cambio en el reconocimiento y difusión de la consejería en VIH que desarrolla la sociedad civil que provenga tanto desde la sociedad como del Estado. En este aspecto, se visualizan como anhelos de una capacitación pagada a los consejeros o un reconocimiento a través de la remuneración de su trabajo.

Esta línea interpretativa se vincula al discurso de profesionalización de la práctica de consejería, especialmente en los servicios públicos de salud y ONGs. En algunas ONGs se plantea una profesionalización exclusiva de la consejería, restándose aquellas características de falta de competencia técnica que actualmente poseería el voluntariado. Se espera que las consejerías las realicen profesionales de la salud mental y el “área biológica”. En otras instituciones se plantea que la profesionalización de la consejería ponga un énfasis en los grupos o comunidades específicas de los usuarios/as.

Las carencias que involucran el contenido de su trabajo aquí se busca el cambio hacia unas mejores condiciones: se espera un acceso a la información actualizada y novedosa en VIH/SIDA, un mayor conocimiento en ETS y sexualidad en general desde las ciencias sociales, trabajar el tema de género en términos de conocer uno de los impedimentos para la prevención del VIH, los medicamentos y tratamientos médicos y se propone la profundización del conjunto de temas tratados en una sesión de consejería e incluso ampliar su campo de trabajo a otras situaciones de riesgo de los consultantes.

En este ámbito se propone que las ONG puedan regular la calidad de la información y a la vez, que existan profesionales que supervisen el accionar de los consejeros en todo ámbito. En este último sentido, se mencionó el anhelo de la presencia constante de un psicólogo para estas labores.

Es una expectativa compartida modificar las condiciones de la infraestructura y contar con espacios especialmente dedicados a la consejería en las instituciones. Por otra parte, se espera poseer una sala para realizar la toma de muestras para el test de Elisa en las instituciones que no

lo hacen actualmente. En una ONG se espera poder tomar las muestras como una manera de conseguir mayor efectividad en las consejerías pre y post test.

Se espera que las limitaciones de comunicación y contacto entre las ONG y el Estado sean superadas de modo de poder desarrollar una derivación y la realización de proyectos de trabajo. En este contexto, se propone la realización de una “gran jornada” una vez al año en la que participen todos los consejeros de la sociedad civil.

Institución	Expectativas en relación con la consejería en VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Una mayor valoración de la actividad de los consejeros. • Una formación más profesional de consejeros. • Un mayor aporte del Estado hacia la actividad de consejería. • “Debería existir una capacitación pagada de los consejeros”. • Acceso a “la información más novedosa que hay en VIH”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de “dos salas únicas y aisladas en las cuales procurar la tranquilidad para los orientadores y los consultantes”. • Una profesionalización de las consejerías no solamente en VIH/SIDA sino que involucre un mayor conocimiento en ETS y en sexualidad en general. • Un reconocimiento remunerado hacia los consejeros. • Una mayor publicidad de los servicios que llevan a cabo las organizaciones que trabajan en torno al VIH/SIDA. • Poseer mayor información sobre las ETS y sus vías de transmisión. • Poner más énfasis en el “tema género” como una forma de entender los impedimentos que radican ahí para la prevención del VIH. • Una profesionalización de la actividad de consejería, sobre todo en los servicios públicos... “que no todas las personas puedan ser orientadores”. • La realización de una “gran jornada” una vez al año en la que participen todos los consejeros de la sociedad civil. • Que la calidad de la información sea regulada desde las mismas ONG.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Poseer una sala para realizar el test de Elisa, “es un sueño de nosotros”. • Que exista un nivel de “experticia” en los consejeros voluntarios. • Que las consejerías realizadas por las instituciones de la sociedad civil se lleven a cabo por profesionales de la salud mental y del “área biológica”. • Poseer una mayor base y más herramientas en el área de salud mental. • Una capacitación más rigurosa de consejeros. • Que la consejería sea considerada en tanto espacio de derivación intermedio que tenga como fin una psicoterapia.
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con personas que posean “conocimientos técnicos” más amplios. • Que existan profesionales que supervisen el accionar de los consejeros en todo ámbito. • Una mayor profundización de los temas o contenidos tratados en la sesión de consejería. • Mayores conocimientos médicos de las ETS. • Mayores conocimientos de la sexualidad vinculada a la sociología y la antropología. • “Más herramientas técnicas que vayan optimizando el trabajo de la consejería”. • Que se realicen tomas de muestra diariamente en el MUMS. • Una necesaria profesionalización de la consejería entre pares. • Que se realicen toma de muestras en MUMS como una manera de conseguir mayor efectividad en las consejerías pre y post test. • Una remuneración de la consejería en tanto implica una especialización. • Lograr que la consejería posea un “campo de acción mucho más amplio”, no solamente circunscrito a la prevención o a las situaciones de riesgo de los consultantes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr una profesionalización de la consejería.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Que el contacto y el trabajo conjunto entre los Servicios Públicos de Salud y las organizaciones de la Sociedad Civil perdure en el tiempo y no se remita solamente a proyectos específicos. • Lograr una profesionalización de la consejería a todo nivel, ya sea entre pares o no. • Se espera que exista una profesionalización de la consejería en la que se ponga énfasis en los grupos o comunidades específicas de usuarios. • “Siempre va a ser mejor” que se reconozca la labor de los consejeros mediante remuneraciones económicas. • Una capacitación específica en el tema de los medicamentos y tratamientos médicos. • Una capacitación específica en el tema de ETS. • Un espacio físico más amplio, junto a más recursos. • La presencia constante de un psicólogo para labores de supervisión de consejeros. • Un espacio físico más amplio, junto a más recursos.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Demandas

Las demandas que se enuncian tienen como destinatario principal al Estado y en algunas oportunidades la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA. En general, estos actores son interpelados en la demanda de recursos económicos y humanos, acciones comunicacionales y educacionales en el campo de la prevención de la epidemia. En adición a estas demandas, se le demanda al Estado un liderazgo político y social para la abordar la epidemia como problema de salud pública, el logro de un reconocimiento de la consejería en VIH y la ampliación del enfoque bio-médico de la consejería en los servicios de salud pública.

Institución	Demandas en relación con la consejería en VIH
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Un mayor aporte del Estado hacia la actividad de consejería.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • Una subvención de las consejerías por parte del Estado. • “El Estado debería potenciar o señalar la importancia de hacer una toma de muestra o examen con orientación.” • Una participación más activa por parte del Estado en términos de entrega de herramientas para la prevención y para la educación sexual.
Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de especialistas en sexualidad en los servicios públicos.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Una planificación y un compromiso real por parte del Estado, tanto en la prevención, como en todos los aspectos del VIH/SIDA en tanto problema de salud pública. • Una postura más firme por parte del CONASIDA ante el Ministerio de Educación, para la consecución de más recursos. • Un mayor reconocimiento del Estado hacia las ONG’s como las instancias únicas que llevan a cabo consejerías en prevención. • Una actividad de consejería más amplia por parte de los servicios de salud pública, que no abarque exclusivamente el tema del VIH desde un punto de vista bio-médico.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

5. La mirada de los usuarios/as

La mirada de los usuarios/as busca dar cuenta de su experiencia de acceso y utilización de los servicios de consejería de la sociedad civil. Las descripciones de los entrevistados/as se han organizado según la secuencialidad de la experiencia, es decir, el acceso, la sesión de consejería, la caracterización y contenidos de la sesión, y su evaluación.

Acceso a la consejería

Los usuarios de los distintos servicios de consejería manifiestan diversos modos de acceso a éstas. La predominancia de los medios de comunicación y de la folletería, entre otras formas de propaganda —como Internet y la guía telefónica—, constituyen las principales vías de comunicación entre los potenciales usuarios y los servicios de consejería de las organizaciones de la sociedad civil. Estas formas de acceso guardan una relación estrecha con los distintos circuitos de interés que poseen los usuarios, y también se asocian a la especificidad de cada una de las distintas organizaciones.

Por otra parte, muchas veces el acceso del consultante a la sesión de consejería se produce gracias a un contacto previo entre éste y algún miembro de la institución (consejero, directivo), lo cual no ocurre necesariamente dentro del espacio físico de la organización. En este sentido, en muchos casos la forma de establecer un contacto se realiza de manera personal y por medio de “amistades” que ya han tenido experiencias como usuarios/as y que han recomendado el servicio a otras personas. Además, en otras ocasiones, los consultantes son “derivados” a los servicios de consejería por médicos que conocen el trabajo de las organizaciones, y esto se realiza desde hospitales públicos o consultas privadas.

En cuanto a los procedimientos de acceso a la entrevista de consejería (una vez dentro del espacio físico de la institución), los consultantes, por lo general, expresan no haber tenido mayores dificultades ni demoras excesivas. Al ser consultados sobre las condiciones de espera, en muchos casos se establece que el acceso a la consejería ocurrió de manera inmediata una vez dentro de la institución, fundamentalmente gracias a un contacto previo entre el consultante y un consejero.

No obstante, también existe una crítica de los consultantes hacia los espacios de espera que se consideran reducidos y que, de esta forma, comprometerían la confidencialidad de quienes llegan al servicio por primera vez. Desde esta perspectiva, una de las principales preocupaciones de los consultantes radica en establecer un espacio de confianza que se visualice ya en los aspectos físicos de las instituciones de la sociedad civil, así como también aminorar, mediante esta primera relación, la carga de angustia y miedo con la que muchas veces llegan al servicio.

Con respecto a si hubo una consulta previa en donde el usuario pudiese decidir si ingresa o no a la sesión de consejería, por lo general los consultantes manifiestan no haber tenido esa

posibilidad⁴⁷. La misma situación se registra en el caso de una elección del o la consejera para la entrevista pre o post test. En este sentido se debe recalcar que muchos usuarios ya han tenido un contacto previo (vía telefónica) en donde se les ha explicado en qué consiste una sesión de consejería, por lo que una vez ya en el servicio no manifiestan tales preguntas.

Institución	Descripción de acceso a la consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo una cita acordada entre el consultante y los miembros de la institución. • Hubo una espera de 15 minutos. • El procedimiento se considera adecuado. • Hubo una derivación de la consejera hacia una atención psicológica. • La forma de llegar al servicio de CIPRESS se considera adecuada. • La conversación fue acordada entre el consultante y la consejera. • La consejería se realizó sin demoras, “fue súper rápido todo”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • “Las condiciones en la sala de espera son bastante agradables... se dan las condiciones como para hacer la espera bastante grata (café, música)”. • No hubo una consulta al consultante con respecto a si éste quería o no la sesión de consejería. • No hubo una consulta en torno a una elección del consejero/a. • La espera en la sala “fue relajada”. • El tiempo de duración de la consejería es adecuado. • El espacio de espera es “agradable”. • No hubo una consulta al consultante con respecto a si éste quería o no conversar.
Grupo Lazos	Sin información (no hubo acceso a los usuarios/as).
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • No hubo ninguna demora para conseguir la atención. • “Me informaron de qué se trataba [la consejería] y yo acepté de inmediato.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La atención “no se demoró nada... y me dio confianza”. • “Yo no tuve que esperar”. • “Llamé y me dieron hora al tiro”. • La sala de espera no es adecuada para alguien que llega por primera vez, “debe ser una cosa más personalizada”, debido a la estigmatización que existe en torno a los espacios en donde se trabaja con el VIH/SIDA. • En la sala de espera “me sentía súper mal porque llegaba más gente”. • “Te atienden al tiro”. • “Todas las personas que estamos en la sala [de espera] venimos por algo”. • “No hubo ningún problema”.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

La sesión de consejería

En cuanto a la sesión propiamente tal, la mirada de los usuarios enfatiza distintos aspectos que a su juicio fueron sobresalientes. Primeramente, se valora la entrega de información en torno al VIH y al uso correcto del preservativo, como también el “apoyo psicológico” y la acogida brindada por los consejeros. Así también, uno de los puntos importantes que visualizan los usuarios radica en la indagación, por parte de los consejeros, en los conocimientos o desconocimientos en torno a las vías de transmisión del VIH/SIDA con los que el consultante

⁴⁷ Es necesario consignar que las instituciones que realizan el test de Elisa obligatoriamente realizan, también, una consejería.

llega a la sesión. De esta manera, se considera la primera entrevista como “muy” necesaria en la medida en que a esta sesión, por lo general, los usuarios llegan en un estado de “desprotección”.

Otro aspecto evaluado positivamente por los usuarios es la duración de la entrevista. En su totalidad, los consultantes manifestaron que el tiempo de duración fue adecuado “para llorar, desahogarme, para tener rabia”, lo cual permite establecer que la disposición de los usuarios para la primera sesión se concibe desde la incertidumbre que necesita de una escucha, ya se dé ésta en los términos de una acogida afectiva y/o en la entrega de información. En cuanto a esta última, existe también una preocupación no solamente vinculada a los aspectos médicos del VIH y las ETS (preocupación que se remarca cuando los consultantes dicen haber tenido informaciones “vagas” o inadecuadas sobre el uso del preservativo y las ETS antes de la sesión), sino también en “conocer la institución” en la cual se realiza el test de Elisa.

Teniendo en cuenta las consideraciones de los usuarios, existe un “antes” y un “después” de la primera entrevista. Esta línea divisoria haría referencia a la desinformación e “ignorancia” con que los usuarios dicen llegar a la sesión de consejería, lo cual se revertería una vez ya realizada la sesión. De esta forma, los consultantes coinciden en que la primera sesión de consejería es absolutamente necesaria:

Institución	Descripción de la primera sesión de consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo necesitaba la ayuda, de todas maneras”. • El tiempo de duración de la consejería se considera adecuado. • La entrevista permitió “conocer la institución” en un tiempo adecuado. • La consejería fue “muy necesaria” debido a “temas en los que yo tenía cierto tipo de ignorancia”. • “Tenía nociones muy vagas de lo que era el preservativo y las ETS”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • La primera sesión duró media hora aproximadamente. • “Fue un apoyo psicológico” junto a la entrega de información sobre el VIH y el test. • “Me enseñaron a usar el preservativo”. • Se indagó en los conocimientos del consultante en torno a las vías de transmisión del VIH/SIDA. • La consejería “es necesaria” y la consejera “dio confianza”. • “En la primera [entrevista] me aclararon todo”.
Grupo LAZOS	Sin información (no hubo acceso a los usuarios/as).
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Se consideró necesaria la entrevista de consejería. • El tiempo de duración se considera adecuado “para aclarar inquietudes”.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista es “muy” necesaria, pues “uno llega como desprotegido”. • “Es muy importante” la primera entrevista, por una cuestión de acogida. • El tiempo de duración de la consejería se considera adecuado, “para llorar, desahogarme, para tener rabia”. • Es necesaria para una orientación en medicamentos, alimentación.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Caracterización y contenidos de la sesión de consejería

A partir de las distintas opiniones expresadas por los usuarios, existe una multiplicidad de temas o contenidos que se trataron en las sesiones. La información, como momento necesario y “aclaratorio” para los consultantes, se instala en un lugar de importancia fundamental, en tanto permite acceder a las dudas y comentarios con respecto al VIH/SIDA y las ETS. El “aprender” y el “preguntar” se sitúan entonces en una relación de importancia que conlleva tranquilidad y mayor confianza en las instituciones.

Otro de los contenidos tratados corresponde al tema de la confidencialidad. Los consultantes manifiestan que, una vez aclarado este punto por los usuarios, existe una mayor “tranquilidad” para expresar sus inquietudes y hacer las preguntas necesarias respecto a las conductas de riesgo y las vías de transmisión del VIH/SIDA y las ETS. En este aspecto, los consultantes señalan que todos los servicios de consejería —en la sesión propiamente tal— aclaran que la conversación sostenida tendrá un carácter privado. Sin embargo, hay usuarios que relativizan la confidencialidad de las instituciones en aquellos casos en los cuales se realiza toma de muestras, debido a la nomenclatura que las mismas instituciones utilizan para identificar a quienes se realizan el test de Elisa. De esta forma, la confidencialidad es “hasta cierto punto” cien por ciento, una seguridad para algunos usuarios.

Por otra parte, la indagatoria de los consejeros sobre las conductas de riesgo de los consultantes y, además, sobre las razones que los motivan para realizarse el test de Elisa, son contenidos tratados durante la sesión de consejería. En este sentido, es importante tener en cuenta que los contenidos no son homogéneos ni se tratan de forma separada unos con otros, sino más bien dependen de la situación específica de los usuarios y de las razones de éstos para realizarse la muestra, variando también según el grado de conocimientos que se tenga en torno al VIH/SIDA, el uso del preservativo, las vías de transmisión y las ETS.

Un punto abordado por algunos usuarios, en tanto tema de conversación de la sesión, es la orientación sexual del consultante. Este tema es tratado fundamentalmente en aquellas instituciones cuya especificidad de consejería se consagra a dicho contenido, no siendo necesariamente excluyentes en el servicio que prestan.

Pero no todos los contenidos dicen relación con la entrega de información. Hay, también, una gran valoración de los consultantes hacia aquellos consejeros que son capaces de establecer una relación de cercanía y “afecto”, y desde ese punto de vista, sus capacidades de escucha activa y de “ayuda” en la sesión. La “confianza” vuelve de este modo a establecerse como un factor primordial para los usuarios, en tanto facilitaría un “desahogo” por parte del consultante:

Institución	Descripción de los contenidos de la sesión de consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none">• La sesión de consejería permitió “aprender más y preguntar mucho”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none">• El por qué de una segunda toma de muestra.• “Ellos ven mucho” el estado anímico del consultante y el motivo de la toma de muestra.• Se consulta sobre los conocimientos que posee el consultante sobre el VIH/SIDA.• Con respecto a la confidencialidad, existe “una tranquilidad grande”.• La sesión “es confidencial hasta cierto punto si es que hay que traer un documento [C.I.]”

Grupo LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información (no hubo acceso a los usuarios/as).
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • Fue una consejería de entrega de información, y no involucró un pre o post testeo. • Fue una consejería en VIH y en orientación sexual.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista permitió aclarar dudas y establecer una confianza o una “privacidad”. • Es una instancia para “reconfirmar” lo que ya se sabe e torno al VIH. • Permite un desahogo por parte del consultante. • Se establece la confidencialidad de la conversación sostenida.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

Evaluación de la consejería

Los consultantes, en general, evalúan positivamente el servicio de consejería que se entrega en las instituciones de la sociedad civil. Es importante señalar aquí que tal evaluación se realiza desde varios puntos de vista tenidos en cuenta, como lo son el “apoyo”, la “acogida”, la “seriedad” y la “confianza”. Se enfatiza en el “aporte” que ha significado la acción de la institución, tanto en el sentido anímico de los consultantes, como en aquellos aspectos que dicen relación con la información propiamente tal.

Los usuarios en muchos casos expresan un grado de compromiso o de adhesión a la institución correspondiente, y, en efecto, han recomendado el servicio de consejería a otras personas.

Institución	Descripción de la evaluación de la consejería
CIPRESS	<ul style="list-style-type: none"> • “Ha sido un gran aporte” para el consultante, sobre todo en el sentido anímico. • Se recomienda el servicio de CIPRESS. • No hay discriminación hacia la población transgénero, “como en otros lugares”. • Se evalúa el servicio como enriquecedor, “súper bueno” y recomendable “en un 100%”.
CChPS	<ul style="list-style-type: none"> • “Lo encontré muy adecuado, muy preciso... el apoyo fue a todo nivel”. • “Yo le pongo un siete.” • Todas las consejerías (pre y post test) se evalúan positivamente, “un siete”. • El servicio se sugiere “para todo tipo de personas”. • Se evalúan negativamente otros lugares donde el trato es menos grato. • “Fue tranquilo y me dieron harta confianza”. • El servicio de consejería es recomendable, “de hecho lo voy a recomendar”.
LAZOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información (no hubo acceso a los usuarios/as).
MUMS*	<ul style="list-style-type: none"> • En la consejería del MUMS “es donde mejor me he sentido” [en comparación con experiencias anteriores en VIVO+ y CChPS]. • Se ha recomendado el servicio a otras personas.
RED-OSS	<ul style="list-style-type: none"> • En otros espacios “no existe la seriedad de acá”. • “Lo que yo he recibido es lo que te ofrecen”. • “No queda duda” que se recomienda la consejería de Red-OSS para otra persona que necesite del servicio. • Es “buena”, principalmente por la “acogida”. • El servicio de RED-OSS se evalúa como recomendable. • “Ellos siempre están dispuestos a escucharte, nunca hay una mala actitud”. • “Es bueno” que no se “obligue” a nadie a realizarse el test de Elisa. • “A mí me ha servido de hartoo... porque me han ayudado a ocultar esto ante mi familia”. • El servicio de Red OSS ha sido recomendado a otras personas por los consultantes • “Si alguien me pregunta, la mando para acá”.

*Institución realiza consejería de prevención del VIH/SIDA no ligada al test de Elisa.

VIII. CONCLUSIONES

La magnitud de la tarea desarrollada en esta investigación permite entregar conclusiones generales, relativas a la estrategia de prevención del VIH/SIDA, al modelo de consejería en prevención primaria, y para los distintos temas foco de esta evaluación –formación de consejeros/as e implementación de la consejería- en diferentes niveles.

Sin embargo, es necesario hacer notar que la metodología utilizada en el estudio da origen a ciertos sesgos. El más importante es que al recogerse extensamente la opinión y experiencia de consejeros/as y autoridades de salud, el mayor volumen de información reunida tiene ese punto de vista. Ello se ve reforzado con el tipo de instrumento de recolección de información: cuestionario autoaplicado y entrevista en profundidad. En ambos casos es más probable recoger información que se acerca a lo considerado “deseable” o bueno, desdibujándose en muchos casos los aspectos negativos de las prácticas en ejercicio.

Esta mirada debería ser confrontada, por una parte, con la mirada de las personas consultantes, y por otra, con otras técnicas de recolección de información, como son la observación y la etnografía. Las entrevistas –pocas- realizadas a personas viviendo con VIH y a consultantes, dan una visión diferente de las prácticas que relatan los/as consejeros/as, a veces menos positiva y más crítica y con aspectos no reconocidos necesariamente por los actores antes mencionados. Por otra parte, las/os entrevistadores del equipo, que realizaron entrevistas en terreno, pudieron observar, en algunos casos, prácticas bastante diferentes de las reconocidas en las entrevistas, referidas a las condiciones de las salas de espera, al trato a los/as consultantes, a la confidencialidad. Al no haber sido incluidas sistemáticamente en este estudio, no es posible integrarlas en este informe.

1. CONCLUSIONES GENERALES

En términos generales, a partir del conjunto de la información reunida es posible afirmar que la formación de consejeros/as para la prevención primaria de VIH/SIDA, así como la implementación de la consejería en el sistema público de salud, ha tenido impactos significativos de diversa índole.

Sin duda, uno de los más importantes es que en sí misma, la instalación de la consejería para la prevención primaria de VIH/SID constituye una “intervención cultural” en las instituciones, ello por cuanto se ha traducido en hablar de sexualidad, de homosexualidad, de diversidad sexual, etc., contribuyendo a abrir conversaciones que favorecen el cambio de actitudes del personal en consultorios y hospitales. De este modo, la consejería tiene un importante resultado a nivel del personal de salud, además de los impactos específicos que pueda tener a nivel individual a partir del encuentro cara a cara entre consejero/a y consultante.

Ahora bien, dicho impacto general requiere ser amplificado y realizado de modo sistemático, por cuanto la sensibilización y apertura del conjunto de los/as funcionarios/as a la problemática del VIH/SIDA es de importancia creciente para el logro de los objetivos de la propia consejería

de prevención primaria. El contexto ideológico-cultural en que se implementa la consejería resulta clave para su adecuada implementación y el logro de sus objetivos.

Por otra parte, la prevención del VIH/SIDA se visualiza como una tarea fundamentalmente estatal, en la medida en que es una tarea que no cuenta con un actor social específico. Con los cambios introducidos en la epidemia a partir de las terapias retrovirales, y en especial, la triterapia, que la transforman más en una enfermedad crónica que en una enfermedad mortal, se han tendido a modificar los énfasis en las acciones de la mayoría de las ONGs que realizan consejería entre pares, formadas principalmente por PVVIH. En efecto, la demanda tiende a trasladarse al tratamiento adecuado y oportuno de la enfermedad antes que a la prevención de la misma.

En este sentido, recae en el Estado el peso de la prevención, tanto hacia el conjunto de la población, como hacia los grupos más vulnerables. Ello puede suponer el trabajo con otros actores sociales, como pueden ser el movimiento sindical, el movimiento de mujeres, etc.

Ahora bien, a continuación se analizará el material reunido de acuerdo con los criterios de evaluación comprometidos en la propuesta aprobada como marco para contrastar e interpretar los resultados observados a través de las metodologías e instrumentos empleados, especialmente para las actividades de formación/capacitación y para la implementación de la consejería cara a cara.

Los criterios de evaluación propuestos fueron:

- **Coherencia:** análisis en función del grado de integración entre los distintos componentes de la intervención (objetivos, resultados, actividades y recursos).
- **Pertinencia:** análisis de la capacidad de dar respuestas a las necesidades de los grupos y personas involucradas.
- **Relevancia:** análisis de la significación de las acciones y resultados para los sujetos involucrados en la consejería.
- **Consistencia:** análisis de la relación entre oferta y demanda de servicios de consejería.
- **Sustentabilidad:** análisis del grado de apropiación institucional que permite inferir la continuidad de los servicios de consejería independientemente de la presencia o no del proyecto o programa en cuestión.

1. LOS/AS CONSEJEROS/AS: FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Existe una importante experiencia acumulada en materia de formación de consejeros/as, experiencias bastante exitosas en cuanto a haber instalado en el sistema público una red de consejeros y consejeras capaces de satisfacer la necesidad de consejería que se amplía y refuerza a partir de la promulgación de la Ley N° 19.779 que exige que todo Test de Elisa sea precedido de una consejería preventiva.

No obstante, y como se detalla más adelante, persiste una tensión en los modelos propuestos, entre la dimensión “normativa”, de disciplinamiento conductual, y el empoderamiento de

sujetos de derecho. La cultura funcionaria, las condiciones históricas en que se inserta la consejería en el sistema público de salud aún marca fuertemente las formas en que se desarrolla y establece limitaciones y barreras para su ampliación y plena eficacia.

a) Coherencia:

Un aspecto que afecta la coherencia en el ámbito de la formación/capacitación es la selección de personal para la consejería.

La gran mayoría de los/as consejeros/as son matronas o matrones (63,0%), seguido por enfermeras/os (16,9%). En estas dos categorías, 154 son mujeres (88%) y 21 hombres. Ello parece ser el resultado de la inserción y el origen histórico del programa bajo el alero de los departamentos dermatovenereológicos.

Se asigna, entonces, el papel de orientación para el manejo de la intimidad sexual, en una epidemia históricamente masculina y homosexual, a mujeres formadas para atender a las mujeres heterosexuales en directa asociación con la reproducción y en algunos casos, con responsabilidad para el diagnóstico y tratamiento de las ETS y la vigilancia epidemiológica (*control*) del comercio sexual.

Aunque puede no haber otros candidatos más idóneos, este hecho establece sesgos institucional-históricos en el enfoque que las consejeras traen a su función. Ellas debieron conocer y comprender un mundo homo-bisexual previamente semi-oculto para ellas; luego, romper su esquema tradicional de *pesquisa* para *detectar* enfermedades, bajo el supuesto que el acto de conocer a quienes portan la infección tuviera un impacto en el *control* de la epidemia a futuro.

Este cambio ha demorado años y las actitudes tradicionales siguen vigentes en muchos casos, como consta en los relatos de procedimientos. La ausencia de tratamientos eficaces en la primera etapa de la epidemia, perversamente ayudó a problematizar el esquema clásico de pesquisa/identificación de contactos/tratamiento, que podría entenderse como un control real sólo en casos tratables como la sífilis. Fue posible, entonces, argumentar que el “control” era más ilusorio que efectivo y que la epidemia del VIH/SIDA requería procedimientos distintos, incluyendo el examen ELISA como una instancia principalmente educativa.

Luego, al aparecer los tratamientos antirretrovirales alrededor de 1996-7, fue posible volver al enfoque clínico y reorientar el examen ELISA hacia la pesquisa, rebajando su función preventiva para la población general a un segundo o tercer nivel.

Entonces, a pesar de los objetivos declarados de la consejería para el examen en el área preventiva, en énfasis institucional inevitablemente se desplaza de nuevo hacia la determinación de quién tiene VIH, sus condiciones de salud y sus necesidades clínicas.

Para tales fines, se aprecia la necesidad de confidencialidad y calidad de atención o “buen trato”. Esto, sin embargo, puede entenderse como un intento de asegurar que las personas potencialmente “portadores” del VIH, perciban garantías de protección y acogida antes de acercarse al servicio de salud. Además, las personas VIH+ tienen que ser incentivadas a entrar

en el sistema y permanecer en él durante el período de desarrollo de la enfermedad, asistir regularmente a “controles” y adherir a los eventuales tratamientos.

Aunque en el modelo de capacitación para la consejería se puede insistir en objetivos preventivos y de atención integral a la salud sexual, los resultados indican que no se supera esta presión interna, si bien las actividades de formación apuntan precisamente a lograrlo.

La mejor evidencia de esta falla es la poca valoración de la voluntariedad, como elemento clave en la dinámica de la exploración y eventual incorporación de nuevas conductas en el plano sexual. Si la meta final es, de nuevo, la pesquisa de personas VIH+, por encima de metas preventivas, no es tan importante cómo el individuo haya llegado a la toma de muestra.

La aceptación sin pudor de la práctica generalizada de derivaciones de otros servicios de salud, especialmente de los CETS, indica que prima el interés institucional de obtener el dato sobre personas VIH+. Aunque haya mayor conciencia sobre el consentimiento informado, éste no es percibido como parte íntegra de un proceso del sujeto, sino como un requerimiento del servicio, en donde la meta de la funcionaria es precisamente obtener dicho consentimiento, para poder proceder al próximo paso.

Por lo tanto, la coherencia de la capacitación se logra en cuanto a los objetivos de formación y las actividades empleadas, pero no está sostenida en los resultados, ya que las matronas y enfermeras rápidamente se reincorporan a lógicas institucionales, que contradicen la de los cursos. Es difícil vislumbrar un cambio en esta dinámica, mientras se mantenga la consejería dentro del ámbito de la obstetricia y la vigilancia de las ETS.

Mención aparte merece el caso de las asistentes sociales, profesión cuya “misión” histórica ha sido el disciplinamiento de la población pobre, actividad que se implementa especialmente a través de las mujeres. Asimismo, también han jugado un rol en la “moralización” de las conductas. Los testimonios de usuarios/as revelan un sesgo aún más normativo y moral en la práctica de estas consejeras.

b) Pertinencia:

La pertinencia se refiere a la capacidad de dar respuestas a las necesidades de los grupos y personas involucradas. Sin embargo, una primera barrera a este respecto es que no se sabe si las personas y los grupos están conscientes de sus necesidades y si las han convertido en demandas. Tampoco se resuelve la pregunta de si las demandas o las necesidades percibidas, lo son efectivamente.

Los actores en la consejería son los consejeros y los consultantes, y como actores indirectos, los grupos constituidos por personas de mayor vulnerabilidad a adquirir el VIH/SIDA y las personas que efectivamente han adquirido la infección. La capacitación para las personas que van a ofrecer orientación a los consultantes debería convertirlas en agentes educativos, con las capacidades y habilidades necesarias para estimular y acompañar procesos individuales frente al riesgo y eventualmente frente al diagnóstico VIH+. Sin embargo, ningún curso de tres días puede asegurar el cumplimiento de esta meta.

Para las personas con un resultado VIH negativo, la percepción de las propias necesidades relacionadas con el examen ELISA, frecuentemente se entienden después de terminar la experiencia. Al descubrir aspectos de su propia conducta, y los sentimientos y representaciones asociadas a ella, pueden reconocer *ex post facto* que la consejería provista fue buena y eficaz. Es decir, son pocos los que van a hacer demandas previas en ese sentido.

Es más evidente en el caso de un diagnóstico VIH(+), la necesidad de ser escuchado, comprendido, orientado y aliviado de las presiones más inmediatas de la situación. La capacitación parece bien diseñada para dar elementos para esta humanización de la entrega de un resultado VIH(+).

Sin embargo, la información reunida revela que el apoyo es entendido más como amabilidad y simpatía, donde las capacidades como acompañante psicológico son limitadas. Abundan ejemplos de consejos normativos, directivos sobre la vida a futuro, preguntas indiscretas, contactos mecanizados y en general una mirada de la funcionaria hacia sí misma, no al sujeto que debe ser empoderado.

En cuanto a la pertinencia de la capacitación para los grupos más vulnerables, se aprecia un intento de hacer visibles los prejuicios y explicitarlos, aunque el trabajo de profundizar en las implicaciones de la homosexualidad para la prevención, se ve escaso.

El ítem: *“Las implicancias psicológicas, sociales y emocionales de la discriminación según orientación sexual en el manejo del riesgo”*, aparece como tema de capacitación para sólo el 68,2% de los graduados y el tema, *“Diversidad de las experiencias y orientación/es sexual/es y sus implicancias en la vida cotidiana de las personas”*, en sólo el 67,3%. En este sentido, hay poca pertinencia de la capacitación para la población de hombres con prácticas homosexuales, siendo el grupo más afectado por su eficacia, por lo menos en el sentido preventivo.

c) Relevancia:

La importancia de la capacitación para los consultantes se ve después de la experiencia de consejería.

El estudio no consideró una consulta amplia a personas con resultado negativo, de modo que es difícil o imposible constatar la eficacia del procedimiento para la prevención propiamente tal.

Los consejeros notan diferencias importantes entre los cursos a nivel local v/s nacional. Al parecer los cursos logran problematizar algunos aspectos y abrir dudas, por lo menos entre algunos participantes. Las consejeras tienden a dividirse entre las que anuncian su experticia como fuente de autoridad (*Llevo tantos años trabajando...*) y otras que tienen cierto grado de auto-crítica (*No digo que hoy no tenga prejuicios, los tengo más concientes y más asumidos o Uno puede creer que lo está haciendo regio y está metiendo la pata a fondo*)

También hay consejeros que incorporan aspectos de la instrucción más identificables como nuevas exigencias de índole burocrática y se alejan de los supuestos de educación preventiva. Eso se ve en la utilización del espacio para llenar formularios delante del consultante, con poca

preocupación por la fluidez de la conversación o el impacto de sus labores en él. En estos casos, no se ha logrado conceptualizar la consejería como centrado en persona que consulta, que está en el modelo de capacitación construida (*¿Cómo lograr que te dijera las cosas que tú necesitabas para el examen? Tengo un torpedo, tengo súper estructurada mi consejería para que así no se me va ninguna cosa y le queden todos los puntos claros a las personas.*)

Esta expresión devuelve la consejería al ámbito de la cognición (“los puntos claros”), obviando por completo el aspecto emotivo-representacional.

El hecho que los/as capacitadores/as no siempre tienen experiencia en ejercer como consejeros/as y menos aún, en el contexto institucional, puede influir en su capacidad de percibir el peso de estos elementos institucionales entre sus “alumnos/as”.

d) Consistencia:

En cuanto a la demanda por mayor formación, se nota una expresión minoritaria de interés en una mayor profundización en la materia. Esa demanda suele emerger de las consejeras que demuestran más empatía y que están más a tono con la meta educativa. Las réplicas al nivel local no son tan bien evaluadas como los cursos nacionales.

Por otra parte, la insatisfacción del personal con la formación también puede reflejar su incomodidad con lo desestructurado que es la psiquis humana, o su poco hábito de trabajo con aspectos psicológicos de las personas: *“La gente que trabajamos en salud, nos guiamos por normas, por guías de salud y cuando nos encontramos con CONASIDA, nos encontramos con algo desordenado”.*

En lo “desordenado” está precisamente la riqueza de su función, que aquí se ve como obstáculo en vez de oportunidad.

e) Sustentabilidad:

La capacitación puede ser ofrecida las veces que CONASIDA estime necesario. Ahora bien, por los resultados obtenidos, se ve que puede haber necesidades de cursos o seminarios para la *sensibilización* del equipo del programa, pero que la *formación* de consejeros/as propiamente tales, va a dar los resultados esperados. Es decir, la capacitación es sustentable, pero no cumple cabalmente con los resultados deseados.

3. CONSEJERIA CARA-A-CARA

Los cursos y las indicaciones establecidas por CONASIDA han tenido impacto en estos años y hay más atención a la calidad de atención en esta materia. La actitud compasiva en vez de castigadora es un avance, pero no es equivalente a una consejería coherente, que sigue muy supeditada a las capacidades individuales.

a) Coherencia:

La consejería se materializa por una serie de vías, que en muchos casos tienen escasa relación con los objetivos oficiales del examen ELISA. Llegan personas derivadas por los CETS o bancos de sangre, por orden médica previo a intervenciones quirúrgicas, por ser la pareja de alguien VIH+, o simplemente cuando se “detectan” conductas de riesgo. Cabe notar en particular, que sólo los resultados positivos provocan una reacción del sistema. (*“Muchos pedían en preoperatorio y no lo estaban haciendo con consentimiento informado, en la maternidad tampoco”. “La persona que es donante en el banco de sangre, ni lee lo que dice los exámenes que te van a tomar. . . y después llega acá, lo citan por epidemiología con una carta a su domicilio”. “Se les hace a todas las mujeres de control santuario y a los consultantes de ETS”. “Los médicos piden mucho VIH”.)*

La lógica implícita es de captar a los individuos que tienen la infección para que el sistema logre identificarlos e incorporarlos al tratamiento clínico. El concepto de “detección” nos remite al sistema de vigilancia epidemiológica, que la experiencia con el VIH/SIDA supuestamente había problematizado y superado. En estos casos, mejorar la gestión del riesgo de un individuo, como anuncia el objetivo, no coincide con el inicio de la experiencia del examen ELISA, ya que los individuos no acceden a él por la conciencia del riesgo que han empezado a desarrollar, sino por fuerzas externas. (*“Muchas veces no saben de qué se trata.”*)

Se puede defender este procedimiento si la meta del sistema es atender a individuos en riesgo y utilizar el examen para estimular una conciencia de riesgo donde antes no había. Sin embargo, la evidencia sugiere que la concepción predominante es otra. Más bien, el examen es considerado una rutina necesaria para la pesquisa y los exámenes “buenos” (negativos por VIH) causan poca preocupación. El contraste es mayor cuando un consultante no vuelve a recoger un resultado positivo y es contactado y traído por el sistema —inimaginable para los resultados negativos— aunque las funcionarias tratan de ser más sutiles, por ejemplo, en no vestirse del delantal blanco al hacer visitas a domicilio.

En general, se percibe una presencia inconsistente e irregular de técnicas de atención psicológica, que pudieran servir para estimular un proceso que terminara en una reducción del riesgo. A veces se utiliza el boxeo didáctico con el consultante o una sobre-concentración en llenar papeles o “transmitir” indicaciones. (*“Dicen, ‘No lo haría nunca, nunca más’. Le digo que eso no es cierto, lo más probable es que lo vuelvas a hacer”. Tengo un torpedo. Tengo súper estructurada mi consejería porque así no se me va ninguna cosa y le quedan todos los puntos claros a las personas. Tengo hoja para todo. Se pregunta la fecha del examen, la fecha del último riesgo, el resultado del examen, cómo se sintió durante la espera del resultado, si mantuvo actividad sexual en ese tiempo, qué prácticas sexuales y uso o no de condón. Si piensa modificar sus conductas sexuales. . . (Sigue su listado). “Me identifico, que llevo tantos años trabajando, qué lo que yo le voy a transmitir”. “A mí me faltan herramientas a veces para convencerlos de lo que tienen que hacer”.)*

Aun así, a veces las consejerías logran constituirse en un espacio de apoyo al desarrollo psicosocial en el terreno de la sexualidad, con un intercambio enfocado a las emociones, representaciones y necesidades del consultante. (*“Ponerse en el lugar del otro, no sólo en el tema del SIDA, sino en muchas otras cosas”. “Es muy enriquecedor cuando las personas*

pueden ir asumiendo de a poco su propia realidad”. “Dejo que la persona reaccione como sienta hacerlo. He aprendido a no ser directiva, dejar que la gente asuma sus responsabilidades”.)

Aún en estos casos más concordantes con el objetivo de la consejería centrada en el consultante, en general hay poca validación de sus habilidades, fortalezas o comprensiones o ubicación del individuo como sujeto de derechos, excepto en cuanto a la confidencialidad de la conversación.

En muchos casos, el acto de escuchar empáticamente, se construye como un intento de producir un ambiente grato y acogedor, más que como una entrada en el paisaje psicológico del consultante. (“*Que ellas sientan que las estoy escuchando, que sientan que yo estoy con sus problemas*”.)

Hacer que la consultante “sienta” que es escuchada, no es equivalente a escucharla.

b) Pertinencia: La definición de las necesidades de los actores involucrados no es de fácil resolución. Los consultantes pueden saber sus motivaciones para solicitar el examen o pueden encontrarse presionados por el sistema de acceder a él; pero sus necesidades de atención y su propio procesamiento de la experiencia, probablemente no serán evidentes hasta terminarla y quizás ni en ese momento.

Las consejeras tienden a percibir las necesidades del sistema, que son precisamente contrapuestas a las del consultante en el ámbito de la cara-a-cara. (“*Como lograr que te dijera las cosas que tú necesitabas para el examen*”. “*Le tengo que preguntar por su condición sexual*”. “*Me preguntaban si era homosexual o no. Tenía 18 años y el que me haya preguntado tan directamente me coartó. Yo lo traté de desviar, pero me insistía*” (Hombre 27 años).)

La exploración de la sexualidad puede darse como parte de una conversación cuasi-terapéutica en pro de la construcción de una estrategia de gestión de riesgo, pero también puede perfectamente aparecer como una pregunta del formulario.

Una vez más, la pertenencia es mayor para las personas con resultado VIH(+), porque la experiencia se ha evolucionado para estar más acorde con sus necesidades. (“*Uno siempre está hablando el tema, pero no te toca mucho escucharlos a ellos, a los portadores. . .*”)

Sin embargo, esto se da claramente en el contexto de atención a personas enfermas, que merecen un mejor trato. No se manifiesta la misma intencionalidad para escuchar a las personas que no son *pacientes*. (“*. . . Entonces sirve para ver la otra cara de la moneda, porque uno recibe el examen, lo entrega y después los manda a control*”).

Hay escasa mención a “ver la otra cara de la medalla” en el campo de la sexualidad o de las representaciones y significados de ella para los consultantes, que podrían influir en su gestión de riesgo para adquirir el VIH a futuro.

No se puede atribuir mayor pertenencia del procedimiento de consejería pre-test al colectivo de hombres con conductas homo-bisexuales, por las insuficiencias manifiestas. De hecho, dada la gran distancia entre los fines epidemiológicos implícitos en el la consejería dada en el servicio

público y las metas reivindicativas o de empoderamiento de las organizaciones civiles descritas en el capítulo sobre la consejería ofrecida en las ONG, estos dos espacios aparecen como imágenes-espejo de dos mundos, que operan herméticamente en pistas paralelas, mutuamente ajenos a los quehaceres, preocupaciones, necesidades y anhelos del otro. (*“La mujeres de esos hombres que no son tan hombres”*.)

Por ende, no es de sorprenderse que una vez que un individuo adquiere el VIH, suela cruzar la frontera desde el ámbito comunitario y se meta en la lógica hospitalaria/clínica o por último, de la organización de personas viviendo con VIH.

c) Relevancia: El significado del procedimiento para los actores.

Por parte de las consejeras, se percibe una comprensión de la necesidad de ofrecer un trato humanizado, empático y compasivo hacia la seropositividad por VIH; no tanto así, hacia la vida sexual y los factores que influyen en la exposición al riesgo por adquirirlo. (*“En estos momentos es difícil, pero sé que en algún momento vas a ver la lucecita”*.)

El significado de la seropositividad está más compartido entre el consultante y la consejera, que ha desarrollado un trato más cercano, no castigador y no culpabilizante, consistente con la construcción del género femenino como el que ofrece apoyo emocional y psicológico, versus el técnico-científico masculino, distante y emocionalmente neutral en el mejor de los casos, que se encarga de la parte clínica. En ese sentido, el enfoque es coherente con la división del trabajo por género en los sistemas de salud.

En cambio, la consejera que enfoca la conducta sexual, no logra entender por qué el consultante “reincidente”, no sigue sus indicaciones. (*“En algunos casos le he hecho cuatro años seguido a una persona y al cuarto año me ha llegado viviendo con el virus y eso me ha desmoronado, me he cuestionado todas las tonteras. Cuando el otro no cumple, me da una rabia terrible”*.)

Aquí, son escasos los intentos de “ponerse en el lugar del otro” o de indagar en los significados de la actividad sexual. En tales casos, la consejería no se distingue mucho de una entrega didáctica de fórmulas para el auto-cuidado.

Los usuarios con resultado VIH-negativo, otro grupo de importancia según el esquema conceptual, no son parte sustantiva del estudio.

Los usuarios con resultado VIH(+), narran situaciones muy variadas y claramente hay mayor conciencia de los desastres del pasado en el trato de sus casos. Más allá de los abusos de antaño, se nota que tanto las mejorías como la forma en que el consultante entiende la relación, son muy diversas. (*“Era una actitud de positivo, no de tragedia, ni de muerte, ni de condena. Era cariñosa y alentadora”* (Hombre, 56 años). *“Me dijo que no me fuera a suicidar, me ponía ideas que yo no tenía”* (Hombre 32 años). *“No tenía idea de qué me estaban hablando”* (Hombre 31 años). *“Que a partir de ahora se sepan cuidar, mantener un cuerpo sano. Hacemos un poco de filosofía y ellos lo aceptan bastante bien”*.)

A veces, la respuesta del sistema a la entrega de resultados positivos es hábil y apoyadora. En otros, la consejera instruye sobre las emociones apropiadas. Es posible que muchos consultantes queden conformes con esta postura en una primera instancia.

La confidencialidad tiene un alto significado para el personal de los servicios y hay conciencia de pequeñas señales que pueden afectarla (uso de la cinta roja; manejo de la sala de espera). Algunos se declaran en términos tajantes (“*Asumo que es una información privada de él y eso lo respeto a rajatabla*”. “*Sin no cuenta a la pareja, no podemos hacer nada*”).

Dado el interés en pesquisar y tratar a los afectados, incluyendo la búsqueda de parejas de personas VIH+, estas expresiones parecen ser más las excepciones que la regla.

d) Consistencia.

En algunos servicios, hay amplia disposición de cupos para ser atendido en la consejería; en otros, la escasez y la presión de los bancos de sangre y otras demandas, significan que no todos pueden recibir el servicio. (“*Cuando tiene inquietudes. . . de diez pacientes, le doy el cupo a tres. . . . Le hacemos consejería a mujeres, los hombres no lo piden*”).

e) Sustentabilidad

Surge la pregunta de si la consejería para fines preventivos tendría el mismo grado de apoyo o tolerancia si el foco del procedimiento ELISA fuera estrictamente separado de la vigilancia epidemiológica.

Cuando se trata de “obligaciones” y “controles”, el compromiso institucional se ve entusiasta en este caso. (“*Debería ser obligatorio en toda la parte de control de adolescentes, en ETS, en toda la gente que tiene vida sexual activa, en el programa del adulto, así como en el ESPA*”).

4. CONSEJERIA POST-TEST

Casi todo lo dicho más arriba, es relevante a la situación post-test, en cuanto a la coherencia, relevancia, pertenencia, consistencia y sustentabilidad de los procedimientos. Se puede agregar algunos aspectos particulares de la situación de entrega de los resultados.

Procedimientos diferenciales:

El uso de procedimientos diferenciales para resultados positivos y, significa que la consejería aun se enmarca dentro de la vigilancia epidemiológica. Algunos servicios consideran que sólo las más experimentadas o más resistentes, deben o pueden enfrentar la entrega de resultados positivos. Otras “no se sienten” capaces y son liberadas de esta carga. Aparte del impacto en la confidencialidad —ya que el procedimiento es como anunciar por alto-parlante quién es quién— la derivación sólo de exámenes positivos, rompe la cadena de atención y recarga al consultante, en ese momento clave, con la necesidad de repetir su historia a otra funcionaria, en vez de volver a la conocida originalmente. Los consultantes con resultados negativos, tienen la suerte

de volver a entenderse con la consejera original, pero ya que el sistema no tiene preocupaciones clínicas permanentes con ellos, es de esperar que la entrega sea tratada con oportunidad.

Gestión de riesgo:

Por otra parte, no se vislumbran intentos de construir desde el consultante una estrategia de reducción de riesgos, que apreciara los factores que inciden en ese riesgo en el ámbito sexual. Más comunes son instrucciones:

Nosotros somos categoricos en decirles que nunca más relaciones sin presentativos.

La consejería como parte de un complejo proceso individual de concientización, evaluación de costos y beneficios e incorporación de nuevos significados, es infrecuente.

Que me traigan a sus contactos.

No sirven o no han servido hasta ahora.

Información médica al recibir un diagnóstico VIH(+):

Es archiconocido que la gente no está en condiciones de absorber información en el momento de la notificación. No obstante, les siguen diciendo cualquier cosa, parece poco incorporado la idea de utilizar la post-consejería por otros fines.

“Como que me borré” (Hombre 29 años).

“Si me estuviese retando” (Mujer, 27 años).

“Me dijo que no me fuera a suicidar, me ponía ideas que yo no tenía” (Hombre, 32 años).

“No tenía idea qué me estaban hablando” (Hombre 31 años).

Si persiste el enfoque clínico, el nuevo “paciente” debe ser canalizado hacia los próximos servicios e instruido en los trámites que vendrán. Frecuentemente, las consejerías han agravado la sensación de ruptura con toda la vida anterior, dejando claro que de ahora en adelante, uno efectivamente es “paciente” y no la persona que llegó a recibir el resultado.

“Desde hoy en adelante tenía que cuidarme mucho, pero mucho” (Mujer 32 años).

“Tenía que dejar de vivir normalmente, no salir de noche” (Hombre 32 años).

5. CONSEJERIA ENTRE PARES – REGION METROPOLITANA

La propia naturaleza de las necesidades actuales de los/as consultantes de la consejería en VIH determinan las características de cualquier propuesta de un modelo en este ámbito, en particular nos referimos a la importancia de su flexibilidad para poder responder ante los requerimientos de los usuarios/as ante el test de Elisa y la consejería de prevención de la epidemia. El/a consultante provoca la necesidad de considerar activamente sus contextos de actuación y culturas, como asimismo, las peculiaridades de la subjetividad de quien consulta.

En adición a esa flexibilidad y apertura de la sesión de consejería, se requiere la precisión de las intenciones y componentes de su implementación. La concurrencia de estos elementos permite sostener la coherencia de las consejerías y poder persistir teniendo en cuenta los procesos de aprendizajes de las instituciones y de los/as consultantes como miembros de una sociedad que experimenta la epidemia del VIH/SIDA.

Los resultados del diagnóstico indican que la complejidad de la consejería en cuanto práctica social que desarrollan las instituciones de la sociedad civil constituye un acervo de conocimientos, experiencias y compromiso de trabajo que requiere apoyo y recursos para su optimización según los mismos consejeros/as lo explicitan.

Actualmente, es preocupante la ausencia de publicaciones sobre ese acervo de experiencias de consejería y la ausencia de divulgación de información que permita apreciar la riqueza del trabajo de consejería en VIH. Hasta el momento constituye un recurso restringido a pequeños espacios de trabajo y que con dificultades pueden dar cuenta sistemática de este quehacer.

Las organizaciones han efectuado un trabajo comunitario que enfrenta la expansión de una epidemia y han logrado construir una respuesta social ante esa urgencia, con escasez de recursos y vinculándose a un entorno vivenciado como adverso. Estos factores, dentro de otros que habría que considerar, constituyen antecedentes indispensables para diagnosticar o evaluar la práctica de la consejería en VIH y ponderar los logros, dificultades o limitaciones.

Sin embargo, esos factores limitantes y exigentes también se ofrecen como oportunidad para revisar y evaluar los enfoques y formas de trabajo cotidianas, y de este modo evitar la cristalización de las imágenes de los usuarios/as y consejeros en las sesiones, como también, interpretar negativamente el contexto mayor de las instituciones. En este sentido, la detección de carencias, expectativas y demandas es un aspecto que debe ser sometido a consideración, pues constituyen un conjunto de elementos potencialmente dinamizador de la situación presente.

El potencial transformador que representa el imaginar, desear o demandar con el presente como telón de fondo, permite encontrar recursos ideológicos, subjetivos y políticos que permitan a los sujetos establecer relaciones de congruencia entre sí y en sus espacios institucionales. Hoy existen un conjunto preocupante de carencias y visiones críticas que deben ser consideradas al pensar procesos de optimización legítimos y con posibilidades de persistir para las organizaciones de la sociedad civil.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, Elizabeth y Véliz, Gloria. Desgaste del trabajo en red. Disponible en: www.conasida.cl/docs/consejero/diario07/d7p09.htm-"Diario del consejero" / Diario Nro. 7 2do. Semestre 2002. Recuperado: octubre 2003.
- Beck, Ulrich (1998) La sociedad del riesgo. Barcelona, Buenos Aires, y México: Paidós.
- Beck, Ulrich (2000) La democracia y sus enemigos. Barcelona: Paidós.
- Brunner, José Joaquín (1994) Cartografías de la modernidad. Santiago: Dolmen Ediciones.
- Centro de Investigación y Promoción de la Salud y la Sexualidad (CIPRESS). Presentación institucional. Noviembre, 2003
- CONASIDA, NotaSida N°4 www.CONASIDA.cl
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención – Ministerio de Salud (2002) Documento técnico: Consejería para VIH/SIDA. Santiago: CONASIDA.
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención. Discurso Preventivo común y consensuado. Red Nacional de Consejería en VIH/SIDA. Octubre, 2003
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Ministerio de Salud. Manual para la formación de consejeros en VIH/SIDA. Santiago, 1997
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área de Atención Integral. Estrategia de Atención Integral a personas que viven con VIH/SIDA.
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención. Estrategias de Prevención. (s/año)
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). Consejería en VIH/SIDA. Disponible en: www.conasida.cl/docs/nota/nota4.htm Recuperado: octubre 2003.
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) Comunicación sobre SIDA: Una necesidad que satisfacer. Disponible en: www.conasida.cl/docs/nota/nota2.htm Recuperado: octubre 2003.
- Corporación Chilena de Prevención del SIDA. Quiénes somos. Disponible en: www.sidaccion.cl/html/historiapop.html Recuperado: diciembre 2003
- Fergadiott, Alejandra y Mena, Marisol (s/f) Estudio a usuarios del centro de detección y consejería en VIH/SIDA. Santiago. Centro Romero.
- Fergadiott, Alejandra y Mena, Marisol. Estudio a usuarios del centro de detección y consejería en VIH/SIDA Romero. (s/año ampliación del Centro de Detección y Consejería en VIH/SIDA Romero. Abril, 2000.
- Frasca, T. (1994) "La vida es una enfermedad de transmisión sexual", en Valdés, T. y Busto, M. (eds) *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*. Santiago: CORSAPS/FLACSO.

Gagné, R. (1970). Las condiciones del aprendizaje. Madrid: Aguilar. Para una crítica del enfoque de Gagné ver J. Gimeno Sacristán (1995) La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. Madrid: Ediciones Morata.

Herrera del Desposito, Araceli. Ventana de emociones. Disponible en: www.conasida.cl/docs/consejero/diario07/d7p19.htm - "Diario del consejero" / Diario Nro. 7 2do. Semestre 2002. Recuperado: octubre 2003.

Kamb, M.L. et al. (1998) Efficacy of Risk-Reduction Counselling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases. JAMA. 280:1161-1167.

ONUSIDA (1997) "Asesoramiento y VIH/SIDA. Actualización técnica". Colección ONUSIDA de prácticas óptimas. Ginebra: ONUSIDA.

Parra, Víctor; Ahumada, Claudio; Guajardo, Alejandro (2004) Sistematización a cinco instituciones que realizan consejería en prevención primaria del VIH/SIDA y sexualidad desarrollada en organizaciones de la sociedad civil de la Región Metropolitana, en el marco del proyecto-programa de optimización de la consejería para la prevención del VIH/SIDA general, entre pares y transmisión vertical. Santiago: Documento inédito (elaborado para la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA Ministerio de Salud).

Parrini, R., Rodrigo (s/f) Formación de Consejeros y Consejeras en VIH/SIDA en el Servicio de Salud Viña del Mar, Quillota, V Región. Experiencias y discursos. Power Point.

Tourette-Turgis, Catherine (1996) La Consejería. Teoría y Práctica. Ediciones ¿Que sais-je? Julio. Traducción del francés al español realizada por Cecilia Galleguillos (1999) Consejer Ltda., Junio.

VIH/SIDA en Centroamérica: La Epidemia y Prioridades para su Prevención". Región de América Latina y El Caribe. Programa Global de VIH/SIDA. Banco Mundial, septiembre 2003.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre El VIH/SIDA (ONUSIDA). Medios para evaluar el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH. Ginebra - Suiza, mayo de 2000. (Versión española, mayo de 2001). Texto fotocopiado

Centro de Detección y Consejería Romero. Historia y fundamentos para la continuación y

Solar, Ximena. Autocuidado de los equipos. Disponible en: www.conasida.cl/docs/consejero/diario07/d7p18.htm - "Diario del consejero" / Diario Nro. 7 2do. Semestre 2002. Recuperado: octubre 2003.

Villalobos M., Sara - Mandorf S., Karin - Bustos, Nadia. Herramientas para evaluar calidad de la consejería brindada por los profesionales post capacitación. Disponible en: www.conasida.cl/docs/consejero/diario07/d7p06.htm - "Diario del consejero" / Diario Nro. 7 - 2do. Semestre 2002. Recuperado: octubre 2003.