

PLANEANDO LA SALIDA POST-COMUNIDAD es una intervención a nivel individual diseñada para ayudar a las personas que viven con el VIH y que reciben servicios para tratar su adicción a las drogas o alcohol dentro de una comunidad terapéutica a planear la cobertura de sus necesidades VIH tras la salida de la comunidad. Las características principales de esta actividad son: la elaboración de un plan para personas VIH+ tras la salida de la comunidad desde el primer día de estancia en el centro residencial de tratamiento; el papel del paciente en la creación de su plan de cuidados tras la salida; la actitud no discriminatoria y sin prejuicios del personal; y los servicios de seguimiento proporcionados por el centro.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Comunidad terapéutica. Planificación de altas.

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶▶ Implicar al paciente activamente en la planificación de sus propios cuidados médicos.
- ▶▶ Ayudar a desarrollar un mapa personal que incluya los servicios necesarios para cubrir las necesidades individuales del paciente: el médico adecuado, el grupo de apoyo adecuado, las mejores conexiones para ayudarlo a seguir con su proceso de recuperación y los cuidados médicos óptimos VIH tras su estancia en la comunidad terapéutica.

POBLACIÓN DIANA

- ▶▶ Cualquiera que complete con éxito una fase del programa terapéutico (plazos de 7, 14 o 28 días)
- ▶▶ Personas de 13 años o más

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El proceso de "planificación tras la salida de la comunidad terapéutica" comienza en cuanto la persona entra a la comunidad terapéutica. La persona (identificada como VIH+ o que da positivo en la prueba durante su estancia) elabora un plan concreto que incluye los cuidados de su infección VIH, así como sus otras necesidades de cuidados médicos, para desarrollarlo una vez que haya dejado la comunidad. La elaboración del plan empieza desde el comienzo de su proceso de recuperación; el elemento clave consiste en que el paciente o la paciente está activamente implicado o implicada en su plan desde el comienzo.



NOTAS RÁPIDAS:

- ▶▶ Un consejero o planificador de altas comienza a trabajar con la persona en los pasos iniciales del plan para la salida de la comunidad terapéutica.
- ▶▶ El proceso empieza con la identificación de las necesidades de cuidados médicos VIH básicos, que incluyen aspectos prácticos, emocionales, espirituales y físicos; paciente y consejero tienen en cuenta todas las necesidades vitales básicas del paciente.
- ▶▶ Se identifican los ambientes de apoyo relacionados con la recuperación y se cubren las necesidades de recuperación. Las circunstancias personales, tales como los lugares donde el paciente se siente más cómodo y que horarios le van mejor, son partes centrales del diseño de este plan.
- ▶▶ Después se cubren las necesidades físicas y psico-sociales: cuidados médicos básicos, cuidados especializados, vivienda y apoyo espiritual y emocional. El personal ayuda en la elección de asesoría y terapia si es apropiado.
- ▶▶ El personal ayuda a concertar citas con los proveedores de cuidados básicos y acuerda con el paciente los mecanismos de seguimiento. Si es necesario establecer una relación inicial con la agencia de cuidados médicos básicos o con un médico especialista, se facilita el contacto.
- ▶▶ El proceso de planificación tiene lugar durante una serie de dos a cuatro reuniones que dan tiempo para explorar las distintas necesidades de cuidados médicos o de cuidados VIH del paciente, además de explorar las opciones existentes para cubrir esas necesidades.
- ▶▶ Se concertan citas con las distintas agencias antes de que el paciente abandone la comunidad terapéutica; esta es una parte clave del plan. Estas citas pueden ser tanto para continuar los cuidados básicos VIH como para visitas iniciales.
- ▶▶ El planificador de altas ayuda a los pacientes a establecer conexiones con los servicios: derivaciones a organizaciones que incluyen agencias de la red de organizaciones de servicios VIH, grupos de terapia y servicios de asesoramiento externos.
- ▶▶ Se anima al paciente a mantenerse en contacto con el personal volviendo periódicamente y participando en los grupos, seminarios y cursos que se ofrecen en el centro.
- ▶▶ El paciente abandona la comunidad terapéutica con un plan escrito que resume su red de apoyo y citas con los cuidados médicos, detallando su horario de visitas, citas con los médicos o cita con una persona de una organización de servicios VIH.
- ▶▶ Tanto el paciente como el planificador de altas se quedan con una copia del plan.
- ▶▶ El personal hace un seguimiento del paciente una vez se le da el alta de la comunidad terapéutica llamando al paciente y a los servicios a los que se le ha derivado y con los que se le han concertado citas.
- ▶▶ El seguimiento del plan se puede hacer cara a cara si el paciente regresa al centro para asistir a actividades de grupo tras su estancia terapéutica.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Ninguna

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶▶ El coordinador de cuidados tras la estancia en la comunidad terapéutica
- ▶▶ El planificador de altas

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶▶ Es necesario que el personal tenga conocimiento y relaciones de trabajo con otras organizaciones y servicios dentro de la comunidad.
- ▶▶ Todo el personal implicado debe tener una comprensión clara de los conceptos básicos de la infección del VIH y los cuidados médicos VIH.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Los planes se desarrollan en las oficinas de una agencia privada con el consejero o planificador de altas.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

La primera reunión tiene lugar durante el proceso de admisión el día que la persona llega; se celebran de 2 a 4 reuniones subsiguientes.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

Ninguno

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶▶ El personal ha de estar familiarizado con el uso de los recursos comunitarios, incluyendo derivaciones a servicios de salud mental, de ayuda financiera, de vivienda, de nutrición y de asesoría legal.
- ▶▶ El personal ha de estar dispuesto a hacer consultas externas si desconocen cuestiones acerca de VIH, tratamientos, o recursos.
- ▶▶ El personal ha de demostrar una actitud de no discriminación y aceptación.
- ▶▶ El paciente ha de querer que el plan funcione.
- ▶▶ El plan ha de ser realista para el usuario o usuaria.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶▶ Un buen plan para la salida de la comunidad terapéutica es un plan realista preparado para cubrir las necesidades reales del usuario o usuaria.
- ▶▶ El plan para la salida de la comunidad terapéutica tiene en cuenta las circunstancias de la vida real del usuario o usuaria y las posibilidades y limitaciones; “parte de donde el paciente está.”

DEBILIDADES

- ▶▶ Un plan para la salida de la comunidad terapéutica puede ser flojo si no se comienza al principio mismo del ingreso en la comunidad terapéutica.
- ▶▶ El plan es tan fuerte como lo sea el deseo del paciente; si el paciente no muestra una actitud positiva en su planificación, el plan no será fuerte o eficaz.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶▶ Transporte a las citas y reuniones acordadas
- ▶▶ Falta de cobertura de seguros
- ▶▶ A veces hay demasiadas cosas que hacer y poco tiempo para hacerlas
- ▶▶ Los pacientes se sienten vulnerables ante la “realidad” con la que se encuentran fuera de la comunidad. Pueden sentir falta de apoyo y sufrir una pérdida de mecanismos importantes para enfrentarse a la realidad.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

El personal se puede sentir impotente al darse cuenta de que un paciente se siente vulnerable al salir del centro y tener que adaptarse a las situaciones de la vida real que le puedan suponer una dificultad para llevar adelante su plan.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Demasiado trabajo para el planificador de altas que puede hacer que no tenga suficiente tiempo para dedicar a cada paciente.
- ▶ Encontrar los recursos adecuados disponibles en la comunidad puede ser difícil.
- ▶ Que el paciente no esté preparado para desarrollar o participar en la planificación de su plan para la salida de la comunidad terapéutica.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶ El plan de cuidados para la salida de la comunidad terapéutica ha generado planes realistas y factibles para uso de los pacientes una vez termina su estancia en la comunidad terapéutica.
- ▶ Los usuarios normalmente tienen una actitud positiva hacia sus planes y participan activamente en él.
- ▶ A través de los mecanismos de seguimiento, el centro procura que se asista a las citas y que se hagan esfuerzos concretos para la recuperación, los cuidados de la infección del VIH y otros asuntos de salud.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶ El plan ayuda a estabilizar el proceso de recuperación en general. Si el plan puede ayudar al paciente a cubrir algunas de las necesidades de la salud del paciente, el proceso de recuperación también se hará más fácil.
- ▶ Muchas veces los pacientes quieren dar algo positivo a otros pacientes y ayudarlos con sus planes de cuidados para la salida de la comunidad terapéutica.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶ El hecho de que el paciente se implique en el desarrollo del plan desde el principio fomenta un alto nivel de implicación y aprendizaje sobre cómo elegir opciones de cuidados médicos, sobre todo las relacionadas con la infección del VIH.
- ▶ La existencia de actividades terapéuticas y de apoyo da al paciente VIH+ da al paciente herramientas para enfrentarse a los procesos confusos e intimidatorios que suponen los cuidados médicos básicos VIH: nueva información, pruebas de laboratorio, regímenes de tratamiento, prevención y situaciones que pueden revelar su status.

EVALUACIÓN

- ▶ En los grupos de apoyo tras la salida del centro, los usuarios hablan de sus planes y las actividades incluidas en ellos. El moderador del grupo hace un seguimiento de los éxitos y dificultades del plan.
- ▶ El planificador de altas hace un seguimiento del plan llamando a los servicios a los que derivó al usuario o usuaria para verificar si se ha asistido a las citas.
- ▶ El trabajador social de la agencia llama al usuario o usuaria para hacer un seguimiento de los pasos concretos del plan.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Desarrollar el plan lleva su tiempo.
- ▶ Los planes funcionan porque son individuales; los planes estandarizados o uniformizados no funcionan.
- ▶ Los pacientes se han de involucrar en el desarrollo de su plan de principio a fin.
- ▶ Es muy importante que el personal desarrolle relaciones con los proveedores de servicios de la comunidad a través de visitas y colaboraciones para poder ofrecer buenos servicios de derivación.
- ▶ No deriven a pacientes a servicios o profesionales que no conozcan.

