

Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/Sida en los Programas de Control de Tuberculosis



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Programa Regional de Control de Tuberculosis
Programa Regional de VIH/Sida
Washington DC, abril 2006

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Tuberculosis, DPC/DC, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introductorias en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades, zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	5
UNIDAD I. El desafío de la coinfección TB/VIH	6
Epidemiología de la tuberculosis y el Sida	6
Actividades de colaboración interprogramática VIH/Sida y tuberculosis	7
UNIDAD II. Principios básicos de la consejería y pruebas de VIH	9
Antecedentes	9
Principios de la consejería de VIH/Sida	10
Generalidades sobre las pruebas de VIH	13
UNIDAD III. Consejería y pruebas de VIH en pacientes con tuberculosis	14
Recomendaciones generales	14
Pasos a seguir en las sesiones de consejería	16
Paso 1. Presentación	16
Paso 2. Evaluar el riesgo	16
Paso 3. Realizar la prueba	17
Paso 4. Comunicar el resultado de la prueba	19
Paso 5. Definir un plan de reducción de riesgos	21
Paso 6. Identificar fuentes de apoyo	23
Necesidades de referir los pacientes a otros servicios	24
UNIDAD IV. Garantía de la calidad y supervisión	25
UNIDAD V. Uso de esta Guía como apoyo a la capacitación	27
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXO 1. Modelos de preguntas en consejería de VIH	31

Abreviaturas

APS: Atención Primaria de Salud.

ARV: Antirretrovirales.

BAAR: Bacilo ácido-alcohol resistente.

DOTS/TAES: Estrategia de Control Internacionalmente Recomendada para la tuberculosis que incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado.

ELISA: Prueba usada para detectar anticuerpos contra el VIH. Sigla en inglés de Enzyme-Linked Immunosorbent Assay.

IO: Infecciones Oportunistas.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

LAC: Latino América y el Caribe.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organizaciones No gubernamentales.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PNS: Programa Nacional VIH/Sida.

PNT: Programa Nacional de Tuberculosis.

ProTEST: Iniciativa coordinada por la OMS para promover el test para VIH usando consejería y pruebas voluntarias.

PVVS: Personas Viviendo con VIH/Sida.

Sida: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

TB/VIH: Epidemias superpuestas de tuberculosis y VIH.

TB: Tuberculosis.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

Agradecimientos

Un agradecimiento especial a Alfonso Tenorio Gnecco por haber conceptualizado y escrito esta guía. La Organización Panamericana de la Salud agradece a todas las personas que hicieron sugerencias y aportes valiosos a esta publicación, Rafael López Olarte, Rafael Mazin, Mirtha del Granado, Pilar Ramón-Pardo, participantes de la III Reunion TB/VIH en San Salvador y Grupo Técnico Asesor del Programa Regional de Tuberculosis. Gracias también a CDC por la excelente colaboración de la mando de Lisa Nelson.

Esta publicación fue posible gracias al aporte de la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, según lo acordado por el subsidio No. LAC-G-00-04-00002-00.

Introducción

El Programa Regional de Tuberculosis reconoce el desafío que representa el rápido avance de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/Sida) para el control de la tuberculosis en la Región de las Américas y, como parte de una línea de acción del Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015, promueve la implementación de las actividades de colaboración interprogramática TB/VIH. La realización de la prueba de VIH con consejería para los pacientes con tuberculosis es una herramienta fundamental que permitirá disminuir la carga de VIH en los pacientes con tuberculosis.

La “Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/Sida en los Programas de Control de Tuberculosis” se ha elaborado como un documento que sirva de apoyo al personal que participa en la atención de personas con tuberculosis en todas las esferas del sector de la salud. Esta guía pretende promover el desarrollo de las habilidades necesarias entre los miembros de los equipos de control de TB con el propósito de disminuir el riesgo de los enfermos con tuberculosis de adquirir la infección por el VIH y ofrecer tratamiento antirretroviral y cuidado integral a los infectados.

El documento está dividido en cinco unidades. La primera unidad incluye los conceptos básicos de la tuberculosis, de la infección VIH y Sida, la amenaza que representa la coinfección TB/VIH y la importancia de las actividades de colaboración entre los programas de tuberculosis y los de Sida. La segunda unidad presenta de manera clara el concepto de consejería para la toma de las pruebas de VIH/Sida de tal manera que los usuarios de la guía tengan un conocimiento general sobre el tema. En la tercera unidad se presentan los principios fundamentales de la consejería y pruebas de VIH en pacientes con tuberculosis y las diferentes opciones para adaptarla a las condiciones particulares. La cuarta unidad se concentra en el control de calidad y la supervisión como un aspecto fundamental para garantizar la efectividad de las actividades de consejería y pruebas de VIH en los pacientes con tuberculosis. Debido a las grandes necesidades en capacitación en el tema de consejería entre los miembros de los programas de tuberculosis, se presenta en la quinta unidad algunas ideas para utilizar el material de las cuatro primeras unidades en programas de instrucción sobre el tema.

La definición de consejería empleada en la guía se refiere a un proceso a través del cual un proveedor de servicios de salud y un paciente dialogan para explorar e identificar las circunstancias particulares de riesgo del paciente, conocer sus desafíos para el cambio de comportamiento deseables, favorecer la toma de decisiones, establecer metas y desarrollar planes que permitan alcanzar las metas.

Aunque no se espera que todos los funcionarios del programa de tuberculosis sean consejeros formalmente capacitados, es recomendable que cuenten con por lo menos alguna capacitación y experiencia en consejería. Para ello se pueden aprovechar los importantes recursos que en capacitación para la consejería tienen los Programas Nacionales de Sida, o las sugerencias dadas en la Unidad V de esta guía. El término de consejero empleado en esta guía se refiere a cualquier proveedor de servicios de salud que pueda conducir el diálogo y proporcionar orientación para que el paciente tome decisiones relacionadas con la prueba de VIH y hacer planes acorde a los resultados.

Las recomendaciones prácticas aquí expuestas deben ser ajustadas a las circunstancias y necesidades particulares de los pacientes, de los programas de control de tuberculosis, de las normas nacionales y las reglamentaciones jurídicas existentes en cada lugar.

La consejería que acompaña las pruebas de VIH no solo es benéfica para los propósitos de la salud pública, sino que hacen parte del respeto que se debe tener por los derechos humanos de los pacientes.

Unidad I.

EL DESAFÍO DE LA COINFECCIÓN TB/VIH

Epidemiología de la tuberculosis y el Sida

La tuberculosis y el VIH/Sida son epidemias concurrentes que amenazan mutuamente los programas de control de ambas enfermedades. La infección por el VIH promueve la progresión a tuberculosis de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, tanto la adquirida recientemente como la infección latente. En las personas coinfectadas con VIH y *M. tuberculosis*, el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa a lo largo de la vida es de 50%, comparado con 5% a 10% de riesgo en aquellos sin infección por el VIH. El aumento de casos de tuberculosis en personas viviendo con VIH plantea el riesgo aumentado de la transmisión de la tuberculosis a la población general. Adicionalmente, la tuberculosis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en personas viviendo con VIH/Sida.

Se estima que a finales de 2005 había 40,3 millones de personas infectadas con el VIH, de los cuales 3,3 millones estaban en la Región de las Américas. A finales de 2003 se calculó una prevalencia de infección por el VIH en 1,3% de los pacientes con tuberculosis en la Región de las Américas. En el Caribe se estima que aproximadamente el 20% de los pacientes con TB están infectados por el VIH, constituyéndose así en la subregión de mayor prevalencia de coinfección en el Hemisferio Occidental.

Aunque el tratamiento para el VIH/Sida fue declarado recientemente como una emergencia para lograr el control de esta epidemia, el acceso a las pruebas de detección de anticuerpos frente al VIH aún no se reconoce como una prioridad. Sin embargo, como parte de la implementación de las actividades de colaboración, la realización de las pruebas de VIH en los pacientes con tuberculosis se destaca como un aspecto fundamental. Después de identificar las dificultades para implementar las actividades de colaboración interprogramática TB/VIH sugeridas por la OMS se reconoce que es necesario hacer adaptaciones en los países o regiones, según las limitaciones existentes, relacionadas principalmente con los recursos humanos, y ausencia de infraestructura en salud.



No es necesario crear un programa nuevo que abarque las funciones combinadas, ni la incorporación de nuevos profesionales, sino más bien fomentar la sinergia entre los programas de tuberculosis y VIH/Sida para aprovechar con calidad las funciones.



Si las recomendaciones actuales se cumplieran, todas las personas con tuberculosis tendrían que ser examinadas para detección del VIH, por lo cual se hace necesario capacitar al personal que participa en estas funciones y fomentar mecanismos de referencia-contrarreferencia entre los programas de TB y de VIH. Aceptando que una de las limitaciones actuales en los sistemas de salud es la insuficiente capacitación del personal de salud, es necesario que se emprendan acciones dirigidas a mejorar la capacidad de un número mayor de miembros de dichos equipos sin tener que limitarse exclusivamente a médicos y enfermeras (trabajadores sociales, psicólogos, promotores de salud).

Actividades de colaboración interprogramática VIH/Sida y tuberculosis

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por el impacto de la co infección TB VIH en la morbimortalidad de las PVVS por esta causa y por el aumento de la carga de tuberculosis consecuencia de la expansión del VIH ha desarrollado una serie de documentos para abordar el problema de la coinfección TB/VIH. En la Guía de Política Actual de Actividades de Colaboración Interprogramática TB/VIH se define “lo que se debe hacer”, y se complementa con la Guía para el Monitoreo y Evaluación de las Actividades de Colaboración sobre tuberculosis y VIH, el Manual clínico de TB/VIH y los materiales de capacitación sobre TB/VIH.

La Guía de Política Actual de Actividades de Colaboración Interprogramática TB/VIH determina las actividades de colaboración que es necesario poner en práctica en los PNT y los PNS, y pretende generar un aprovechamiento mutuo de las actividades centrales de ambos programas. En cuanto a la lucha antituberculosa, es la estrategia ‘Alto a la Tuberculosis’ el núcleo central sobre la que se organizan las actividades de prevención y control, mientras que los fundamentos de lucha contra el VIH/Sida son la prevención de la infección y de la enfermedad, las actividades de fomento de la salud, la provisión de tratamiento y de cuidado integral. La estrategia ‘Alto a la Tuberculosis’ incluye el fortalecimiento y expansión de DOTS, la adaptación al manejo de TB/VIH y TB multidrogoresistente, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la participación de todos los proveedores de salud, la participación de pacientes y las comunidades, y promoción de la investigación.

Se hace gran énfasis es que no es necesario crear un programa nuevo que abarque las funciones combinadas, ni la incorporación de nuevos profesionales, sino más bien fomentar la sinergia entre los programas de tuberculosis y VIH/Sida para aprovechar con calidad las funciones.

Los objetivos de las actividades de colaboración interprogramáticas incluyen el establecimiento de mecanismos de colaboración entre los programas de lucha contra la tuberculosis y el VIH/Sida, la reducción de la carga

de tuberculosis entre las personas afectadas por el VIH/Sida y de la carga de VIH entre los enfermos tuberculosos.

Adicionalmente a las ventajas obtenidas por el estudio individual de cada paciente con tuberculosis para conocer su estado con relación a la infección por el VIH, la vigilancia de la prevalencia de infección por VIH entre los pacientes con tuberculosis es fundamental para la implementación de las actividades de colaboración interprogramática. Aunque el método de vigilancia que se escoja depende de la situación de la epidemia VIH que se tenga en un país o una localidad, así como de los recursos y la experiencia, la recomendación internacional aceptada es que exista un sistema de vigilancia en todos los países, independientemente de la gravedad de la epidemia.

Ofrecer pruebas para detectar el VIH en los pacientes con tuberculosis no solo permite hacer vigilancia de la situación epidemiológica, sino que constituye la puerta de entrada a los servicios integrales de prevención, atención, apoyo y tratamiento contra el VIH/Sida de los pacientes con TB, beneficiando al paciente, la familia y la comunidad. Las recomendaciones internacionales hacen énfasis en la importancia que estas pruebas sean de fácil acceso, de carácter voluntario, confidenciales y realizadas con consentimiento informado.

Por estos motivos, es necesario que los programas de control de tuberculosis incluyan la prestación de servicios de consejería y pruebas de VIH para detectar la infección por VIH entre los enfermos con tuberculosis, o en su defecto implementar un sistema efectivo de referencia de los pacientes a los programas de VIH/Sida.

Garantizar la atención médica integral de los pacientes con tuberculosis, que a su vez cursen con infección por VIH es un derecho humano fundamental. Esta atención debe incluir la profilaxis, diagnóstico precoz, tratamiento racional y seguimiento de las infecciones oportunistas, así como el fomento de la higiene y el apoyo nutricional, los cuidados paliativos, educación de los familiares del paciente, la promoción de medidas universales de carácter preventivo, la consejería y el apoyo social.

De esta manera, los servicios de consejería y pruebas de VIH ayudan a cumplir los objetivos de las actividades de colaboración interprogramáticas con relación a la reducción de la incidencia de VIH entre los pacientes con tuberculosis y mejoran la atención de las personas coinfectadas TB/VIH.

Unidad II.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CONSEJERÍA Y PRUEBAS DE VIH

Antecedentes

Desde el mismo momento en que se empezaron a realizar las pruebas de VIH fue necesario explicar el resultado de la prueba a los pacientes, sin embargo no siempre la explicación suministrada aclaraba todas las dudas que podían surgir, ni los pasos a seguir, y mucho menos se ocupaba de la respuesta emocional secundaria a la notificación del resultado. Este momento de diálogo con el paciente supone una gran oportunidad para identificar los factores de riesgo y abordar estrategias para reducir el riesgo de infección por el VIH.

Las primeras investigaciones realizadas por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) desde el inicio de los 90 demostraron que los intentos iniciales de consejería sobre la infección por VIH no lograban reducir el riesgo de infección tanto como se deseaba. En 1993 se presentó un enfoque de consejería

centrado en el usuario, el cual aprovechaba la experiencia de la prueba para orientar al usuario hacia la reducción de riesgos de contraer el VIH. De esta manera se abandonaba el método anterior que se basaba en preparar a los usuarios para la prueba de VIH y compartir mensajes educativos generales de prevención de la infección por el VIH.

El nuevo enfoque propuesto para las sesiones de consejería se fundamenta en la interacción entre el paciente y el consejero para fomentar la realización de pruebas de VIH en personas de alto riesgo, involucrar al usuario en el proceso de consejería, centrar la sesión en las situaciones de riesgo y establecer metas para reducir las situaciones de riesgo.

Al compararlo con los mensajes informativos usados hasta entonces, los estudios de evaluación del nuevo enfoque de consejería de prevención de la infección por el VIH muestran que es útil y eficaz para reducir los comportamientos de alto riesgo y nuevos focos de enfermedades de transmisión sexual. Adicionalmente, es fácil de implementar, y es bien aceptado por los usuarios, consejeros y proveedores de servicios de salud.

Tradicionalmente, los servicios de consejería han venido utilizando una prueba ELISA estándar que obliga al paciente a volver en un periodo de entre dos semanas y un mes. Por este motivo, la consejería se vino centrando alrededor

de dos eventos: las visitas “pre-prueba” y “post-prueba”. Los protocolos actuales de consejería y pruebas de VIH, en contraste, recomiendan de manera preferente la utilización de una prueba rápida de VIH que permita obtener el resultado el mismo día de realizada. Esto, entre otras ventajas, permite reducir el porcentaje de pacientes que no regresaban por el resultado de la prueba, y reducir los costos y las barreras logísticas. La evidencia muestra que los resultados pueden ser entregados en menos de dos horas sin comprometer la sensibilidad ni la especificidad de la prueba.

Principios de la consejería en VIH/Sida

La consejería y las pruebas de VIH son la puerta de entrada para que los usuarios conozcan su situación con respecto al VIH, pero a la vez, es una intervención de prevención de la infección por el VIH que permite a los usuarios analizar los riesgos de contraer la infección y adoptar medidas para reducirlos.

Aunque existen grupos de población con diferente riesgo de poseer la infección por el VIH, la mayor parte de las personas a quienes se les presta los servicios de consejería y pruebas de VIH, incluidos los pacientes con tuberculosis, no están infectadas por el VIH. Una de las tantas ventajas de la consejería y pruebas de VIH es que las personas que deciden voluntariamente o aceptan realizarse la prueba de VIH se convierten en promotores de la prevención de la infección por el VIH, motivando a otros para que hagan lo mismo.

Las sesiones de consejería están centradas en la persona y a través de una interacción entre el consejero y el usuario pretenden identificar las circunstancias particulares con relación al riesgo de contraer la infección por VIH. El propósito es que el usuario adopte cambios de comportamiento de manera paulatina para reducir al máximo los riesgos, no necesariamente eliminarlos.

El esquema de consejería presentado en la Unidad III de esta guía pretende habilitar al consejero/a para conducir el proceso de motivar a los pacientes a reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH, en el caso de resultado

negativo de la prueba, y reducir el riesgo de transmitir el VIH, prevenir la reinfección y encaminar a servicios de atención integral, en el caso de resultado positivo frente a la prueba.

Los esquemas de uso reciente para la consejería y las pruebas de VIH atribuyen su eficacia a diversos factores, entre los que se incluye el enfoque centrado en las circunstancias individuales de riesgo del paciente, el diálogo consejero-paciente con el propósito de reducir los riesgos y el desarrollo de algunas aptitudes en los consejeros que garantizan el éxito de las sesiones. Es de suprema importancia que los consejeros desarrollen la habilidad para aprovechar el escaso tiempo de una sesión de consejería centrándose en los aspectos anteriores evitando dedicarse a compartir información educativa general sobre el tema. Para utilizar racionalmente el tiempo, se debe contar con material educativo impreso que se pueda compartir después de la sesión. Esto es lo que los expertos llaman compartir solo ‘información limitada’.

Entre las aptitudes que contribuyen a garantizar el éxito de la sesión se cuentan la habilidad para escuchar, no criticar los comportamientos de los pacientes, utilizar preguntas que motiven la participación, hacer uso de juego de roles en los que el paciente asuma el papel de uno de los miembros de la pareja.

La capacitación de los miembros del equipo de salud que tendrán entre sus funciones la consejería y las pruebas de VIH, es muy importante, pues es por medio de la experiencia supervisada que se comprenden los conceptos básicos de la consejería, se incorporan a las prácticas cotidianas y se adquieren las habilidades necesarias para garantizar el éxito de las intervenciones. Un programa de entrenamiento y posterior implementación de la consejería y pruebas de VIH alcanzará su mayor nivel de eficacia cuando se acompañe de un control de calidad permanente, como está descrito en la Unidad V.

Uno de los grandes desafíos en la implementación de estos nuevos protocolos es la gran tendencia de los consejeros a retornar a la metodología empleada en los protocolos antiguos, en donde el mayor énfasis se daba a la transmisión de información factual sobre la infección

por VIH. Es este un punto fundamental en el que se deben centrar algunas de las acciones de control de calidad. Es necesario contar con supervisores que sean conocedores de los esquemas actualmente recomendados, quienes se encarguen de verificar su correcta aplicación.

Dependiendo de la prevalencia de infección por el VIH entre los enfermos con tuberculosis, es importante definir si se hará énfasis en unos aspectos más que en otros. En el caso de localidades en las cuales la prevalencia de infección por el VIH no es alta, resulta más importante trabajar el tema de la reducción de los comportamientos de riesgo de infección, mientras que cuando la prevalencia es alta, se ha subrayar la importancia de identificar la infección por el VIH, la prevención de la transmisión a otros, el inicio oportuno del tratamiento y el cuidado integral.

Aunque uno de los principios de los protocolos tradicionales de consejería y pruebas de detección de VIH es que las personas lo soliciten de manera voluntaria, en realidad, no siempre la persona es completamente libre para hacerlo. En el caso de los servicios de consejería y pruebas de VIH ofrecidos por los programas de tuberculosis, muchos de los pacientes ni siquiera tienen en mente que se les va a ofrecer este servicio. Por tal motivo, es importante asegurar no solamente que los pacientes accedan a realizarse la prueba de VIH sino también estén preparados.

Los beneficios obtenidos de la realización de la consejería y pruebas de VIH en los programas de tuberculosis son múltiples. Los beneficios directos para los pacientes que aceptan participar de este proceso son que aquellos no infectados aprenden a protegerse de la infección por el VIH, mientras que los que se detectan como infectados aprenden cómo proteger a otras personas de la infección y acceden a los programas de cuidado integral que incluyen el tratamiento antirretroviral y el control de infecciones oportunistas.

Los beneficios para las parejas incluyen la oportunidad de planificar mejor su futuro, pudiendo fortalecer la relación de pareja, y, en el caso de parejas heterosexuales, promoviendo la planificación familiar, la prevención y el tratamiento para

evitar la transmisión del VIH de la madre al hijo. De igual manera, la comunidad recibe grandes beneficios como consecuencia de la aplicación de consejería y pruebas de VIH, especialmente con lo relacionado a la reducción del riesgo de transmisión del VIH y al impacto que esto tiene sobre el curso de la epidemia. Esto se logra en la medida que más grupos sociales adopten normas relacionadas con la prevención, así como el mayor acceso y aceptación de la consejería y pruebas de VIH entre la comunidad.

La consejería debe brindar al paciente con tuberculosis un espacio seguro y confidencial donde pueda expresar con tranquilidad sus inquietudes, emociones, tomar conciencia de sus comportamientos de riesgo y sentirse motivado para asumir algunos cambios que le permita evitar la infección por el VIH o transmitirla en el caso que llegue a estar infectado.

Entre los principios básicos de la consejería se destaca que el consejero no debe juzgar al paciente por su comportamiento, aún cuando no esté de acuerdo, y aunque parezca contradictorio, el consejero no debe dar consejos, ni imponer sus opiniones. Para promover la confianza entre el consejero y el paciente, es importante que el consejero se aprenda el nombre del paciente y lo use durante las sesiones de consejería.

Es probable que, como parte de las sesiones de consejería, el consejero se vea enfrentado a problemas de índole ética para las cuales no está preparado para manejar. Conservando el más alto rigor de la confidencialidad, el consejero debe solicitar ayuda a un supervisor o al funcionario directamente superior en la línea de autoridad jerárquica. De igual manera, es importante que el consejero reconozca sus limitaciones y sepa cuando y a donde referir a los pacientes que cursen con situaciones complejas del orden emocional o mental. Debe quedar claro que la consejería no está diseñada para ayudar a la persona a resolver graves problemas personales ni conflictos emocionales fuertemente arraigados, ni para hacer reestructuraciones de la personalidad.

Aunque existen diferentes modalidades de consejería, entre las cuales está la familiar, grupal, de pareja e individual, la

consejería apropiada para las personas con tuberculosis es la exclusivamente personal, con interacción entre el consejero y el paciente a quien se le piensa ofrecer las pruebas para detectar la infección por el VIH.

Es importante enfatizar en que uno de los fundamentos básicos sobre los cuales se basa la consejería es que el consejero no toma decisiones por el paciente, ni aprovecha su posición para inducirlo, convencerlo o influirle a tomar una decisión. El uso de términos como “usted debe”, “usted tiene que” no deberían ser parte del léxico usado en las sesiones de consejería. Es por medio de la persuasión, el razonamiento conjunto y la verdadera muestra de interés por el paciente, por medio del cual este puede tomar decisiones de manera libre y voluntaria.

Las barreras usualmente identificadas en los servicios de consejería de VIH y que eventualmente también se presentan en los servicios de tuberculosis se relacionan con las instalaciones o aspectos logísticos, con los servicios mismos y con la actitud de los proveedores. Es importante reconocerlas para poder tomar medidas que permitan su reducción o eliminación. Con relación a los aspectos logísticos y las instalaciones se describen como barreras la ubicación del centro de atención, no siempre accesible a los pacientes, tanto por la distancia o por dificultades con los medios de transporte. La falta de privacidad en los centros de atención donde se ofrecen las sesiones de consejería es otra limitante de importancia.

Barreras relacionadas con los programas o con el servicio mismo pueden ser los altos costos y la necesidad de acudir con citas previas, los horarios especiales o de franjas estrechas para la atención. Por otro lado, la actitud poco amigable o negativa de los proveedores y la falta de conciencia de la importancia del problema son barreras relacionadas con los proveedores.

Es frecuente que se piense que mientras más tiempo se dedique a las sesiones es mejor, sin embargo su calidad no está directamente relacionada con el tiempo que se emplee, y al contrario, puede afectar el énfasis y el enfoque de la intervención. El tiempo recomendado es de 15 a 20 minutos

por sesión, exceptuando aquellos casos en los que el patrón de riesgo sea mayor o cuando el resultado del VIH es positivo. También es importante dedicar más tiempo al grupo de personas adolescentes, en quienes es necesario profundizar un poco más. Desde el inicio de la sesión, el paciente debe tener claro que todo lo que se converse será protegido con los más altos estándares de la confidencialidad. Esto significa que la información que proporcione el paciente debe permanecer privada y no será divulgada a otras personas.

Los consejeros deben esforzarse por utilizar palabras y conceptos que sean entendidos fácilmente por los pacientes.

Para convertirse en un consejero eficaz, es necesario tener plena convicción que la consejería y pruebas de VIH son una herramienta capaz de lograr la prevención de la transmisión del VIH. Algunas aptitudes son necesarias que los consejeros desarrollen para tener sesiones exitosas y, entre ellas, una de las más destacadas es la habilidad para escuchar. Escuchar no es una actividad pasiva, sino más bien una actividad que requiere estar concentrado en las palabras, en el énfasis de cómo se dicen, pero de manera especial en la actitud de quien está hablando. Hacer comentarios parafraseando lo que el interlocutor dice, es una de las tantas maneras de demostrar que el consejero está escuchando activamente. Cuando el paciente no tiene necesidad de hacer esfuerzos para captar la atención del consejero, porque percibe que está siendo escuchado con interés, comienza a sentir lo que ha sido llamado “aire psicológico” el cual facilita la fluidez de las ideas.

Es importante dejar que el paciente tenga la posibilidad de hablar sin ser interrumpido cada vez que el consejero identifique un aspecto de la conversación que deba ser aclarado. Con preguntas abiertas y comentarios sobre lo que el paciente ha manifestado se puede mantener la sesión centrada en los aspectos relacionados con el riesgo. Para comprender mejor la situación de riesgo del paciente, sus inquietudes y la ansiedad que les genera hablar de temas relacionados con asuntos íntimos, el consejero debe esforzarse por organizar mentalmente el historial de riesgo, algunas situaciones específicas de riesgo y tratar de vincularlas con los sentimientos y la percepción de

riesgo. Esto será útil en el momento de ayudar a enfrentar el resultado de la prueba y para hacer los planes de cambio de comportamientos que les permitirá reducir los riesgos de contraer o transmitir a otros la infección por el VIH.

Actitudes o comentarios que demuestren enjuiciamiento por parte del consejero son garantía para el fracaso de las sesiones y sus consecuencias en la percepción del paciente pueden ser difíciles de revertir. Debe quedar claro que lo que se reprueba es la actitud de riesgo y no a la persona que está en riesgo.

Las personas que intervengan como consejeros deben sentirse cómodas abordando con seguridad las situaciones específicas de riesgo de contraer la infección por el VIH, y al generar empatía con el paciente estará en condición de facilitarle el diseño de un plan factible para reducir los comportamientos de riesgo.

Una recomendación general que ha mostrado ser efectiva es que se garantice que el consejero sea siempre el mismo en las diversas sesiones que se tengan, debido a que la relación que se constituye crea un ambiente seguro para el paciente y promueve de manera efectiva el cumplimiento de los planes de reducción de riesgos. Si por alguna razón, las sesiones de seguimiento deban ser realizadas por otro consejero, se debe procurar que se disponga de algún registro del consejero previo de alta confidencialidad. Esto garantizará que las sesiones venideras sean de alta calidad.

Generalidades sobre las pruebas de VIH

Tal como se mencionó previamente, los esquemas actuales de consejería usan de manera preferente la prueba rápida de VIH porque permite obtener el resultado el mismo día de realizada. Esto ha disminuido el número de pacientes que no regresaban por el resultado, y facilitó incluir la toma de la muestra en una sola sesión de consejería.

Aunque en la actualidad existen múltiples presentaciones comerciales para pruebas rápidas de detección de la infección por el VIH, en general todas comparten las mismas características:

- Para su procesamiento, las pruebas rápidas necesitan una muestra de sangre que se puede obtener por punción dactilar.
- No requieren un laboratorio para ser procesadas, ya que se pueden realizar en el mismo lugar donde se obtiene la muestra de sangre.
- El tiempo necesario entre la toma de la muestra y la obtención del resultado varía entre 15 y 30 minutos, por lo que los pacientes pueden conocer su estado con relación al VIH el mismo día que se les practica.
- Aunque la mayoría de pruebas rápidas actualmente disponibles y en uso requieren una muestra de sangre por punción. Existen otras pruebas que usan suero, plasma y saliva.

La prueba rápida permite descartar que las personas estén infectadas por el VIH cuando el resultado es negativo, mientras que las pruebas de confirmación permiten verificar que los pacientes con resultado positivo en la prueba rápida, realmente estén infectados por el VIH. Dependiendo de las políticas que se hayan adoptado, en algunos lugares se realizan simultáneamente las pruebas rápidas de detección y las pruebas de confirmación, mientras que en otros se realiza la prueba de confirmación solo cuando la prueba rápida es positiva.

No obstante los beneficios de las pruebas rápidas sobre las convencionales, probablemente en muchos países no se ofrezcan aún las pruebas rápidas. Por tal motivo es importante adaptar las recomendaciones aquí dadas para aquellas localidades y países en donde solo se disponga de pruebas de VIH cuyos resultados se obtienen entre una y cuatro semanas después de tomada la muestra. En estos casos la sesión de consejería antes de la prueba es similar, excepto que se debe informar el tiempo que es necesario esperar por el resultado y la fecha probable de la segunda sesión de consejería, cuando se entregará el resultado de la prueba. La sesión de consejería posterior a la prueba es similar a la segunda parte de la sesión prevista en el caso de las pruebas rápidas. Es probable que en este lapso el paciente se haya documentado con información adicional sobre la infección por el VIH y el sida, lo que puede imprimir una dinámica un poco diferente a la sesión, debido a las dudas y preguntas que el paciente trae ya estructuradas.

Unidad III.

CONSEJERÍA Y PRUEBAS DE VIH EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Recomendaciones generales

La práctica de la consejería y pruebas de VIH en el contexto de los programas de tuberculosis cuenta con algunas particularidades que la diferencian de aquellos protocolos de consejería y pruebas voluntarias ofrecidos a las personas que espontáneamente acuden a este tipo de servicios para realizarse la prueba de VIH. En primer lugar, al paciente con tuberculosis se le ofrece la consejería y la prueba de VIH como parte de los programas de atención integral para su salud, dejándolo en libertad para no aceptar este ofrecimiento. En otras palabras, el paciente no ha venido libremente a realizarse la prueba de VIH, pero tiene la opción de no hacérsela. Es claro, entonces, que en la mayoría de los casos, el paciente no está preparado para hacerse la prueba, ni para asimilar el tema de los riesgos de contraer la infección por el VIH.

El consejero que participa en este proceso de consejería y pruebas de VIH debe entender que en los programas de tuberculosis están inscritos pacientes de diferente género, edad, religión, etnia, nivel educativo y social, estado civil, situación económica, orientación y práctica sexual. Cada enfermo tiene necesidades distintas y el consejero debe estar sensible a identificarlas, y si es el caso, a adaptar el proceso porque pueden existir diferencias individuales en sus comportamientos, pensamientos y procesamiento de la información. Por ejemplo, aquellas personas que tienen algún grado de conocimiento sobre el VIH/Sida pueden relacionar la infección con estar gravemente enfermos, incapacidad laboral, hospitalizaciones frecuentes, cambios en la dieta, muerte prematura o costos médicos muy elevados y reaccionar de manera diferente a aquellos que no tienen conocimiento sobre el tema.

Debido que en buena parte de los países de América Latina la tuberculosis es una enfermedad estigmatizante, cuando se informa al paciente y sus familiares que el diagnóstico ha sido confirmado y que debe iniciar tratamiento, con mucha frecuencia se desarrolla un cuadro de ansiedad. La educación que reciben los pacientes y familiares sobre los aspectos generales de la enfermedad después del diagnóstico disminuye un poco el impacto emocional de la

noticia sobre el diagnóstico, más sin embargo se requieren algunos días para que se asimile o interiorice la situación y la responsabilidad ante la enfermedad, y gane confianza con el esquema de supervisión estricta del tratamiento antituberculoso.

Por esta razón, y aprovechando que la posibilidad de perder a los pacientes con tuberculosis es muy baja gracias a la supervisión terapéutica estricta, se propone que la consejería y el ofrecimiento de la prueba de VIH se aplace en ellos una o dos semanas después de haber hecho el diagnóstico de tuberculosis. En este tiempo se espera que el paciente y sus familiares hayan aclarado todas las dudas sobre la tuberculosis y estén emocionalmente mejor preparados para que se les hable del tema de VIH/Sida.

Esta recomendación estará sujeta a las normativas vigentes de cada país y a las condiciones particulares de los pacientes, pues en aquellos casos en los cuales se cree que los exámenes para confirmar o descartar la infección por el VIH no pueden esperar, se deben ofrecer inmediatamente después del diagnóstico de tuberculosis. También en aquellos países, probablemente los de alta prevalencia de coinfección, en donde el estigma generado por la tuberculosis no es importante o donde los pacientes ya están concientes de la importancia que se les descarte o confirme la infección por el VIH, esta recomendación no sería válida.

La consejería para prevenir la infección por el VIH en pacientes con tuberculosis debe estar centrada en las condiciones particulares de riesgo del enfermo y no en las generalidades de la prevención de la infección por el VIH. Debe permitir que el paciente establezca metas para hacer cambios de comportamiento que lleven a la reducción del riesgo de contraer la infección o transmitirla, en el caso que ya esté infectado por el VIH.

Es necesario enfatizar que las sesiones de consejería no deben ser utilizadas para compartir información a los pacientes sobre las generalidades del VIH/Sida, sino que debe ser una consejería de prevención centrada en las

condiciones particulares de riesgo de cada uno de ellos. La consejería ofrecida en los programas de tuberculosis pretende dar respuestas a las inquietudes y necesidades específicas de los pacientes para disminuir el riesgo de contraer o transmitir la infección por el VIH. La educación es importante, pero no es suficiente para generar cambios de comportamiento, y se puede dar gracias al uso de material diseñado para tal fin.

En ocasiones es necesario aclarar a los pacientes algunos conceptos equivocados, pero sin permitir que la sesión se desvíe hacia asuntos no relacionados con los riesgos. Aunque este principio de compartir ‘información limitada’ es completamente válido en los servicios de consejería y pruebas voluntarias, en el caso de los pacientes con tuberculosis a quienes se les ofrece la prueba de VIH como parte del programa de control, se debe reconocer que la gran mayoría de ellos no identifican la necesidad de practicarse la prueba, y más aún los conocimientos generales sobre la infección por el VIH puede ser nula o errónea. En algunos casos será necesario dedicar algunos minutos para hacer un repaso general del tema.

Los programas de VIH/Sida cuentan con material educativo abundante, el cual se puede ofrecer gratuitamente a los pacientes al finalizar la sesión. Estos materiales generalmente incluyen información sobre el uso correcto de los preservativos, alternativas de sexo seguro y respuestas a las preguntas frecuentes sobre el tratamiento antirretroviral. Usualmente están disponibles en folletos, afiches y material audiovisual. Se debe procurar que este tipo de información esté adaptada al nivel cultural, nivel del idioma, género y edad de los pacientes a los cuales se quiere llegar.

Una estrategia que ayuda a que los consejeros mantengan las sesiones centradas en el paciente, en la identificación de riesgos y el diseño de planes para reducirlos, es que utilicen los pasos a continuación descritos en el orden recomendado. Es probable que los consejeros deseen utilizar protocolos, tarjetas de apoyo, rotafolios o listas de chequeo elaborados con base en los pasos aquí sugeridos.

Se espera que los proveedores de salud que van a prestar servicios de consejería y pruebas de VIH en los programas de tuberculosis tengan conocimiento general sobre la epidemiología de la tuberculosis, del VIH y de la coinfección TB/VIH, sin embargo deben reconocer que la consejería para la prevención de la infección por el VIH no requiere habilidades sofisticadas ni intervenciones psicológicas profundas.

Pasos a seguir en las sesiones de consejería

En esta sección se expone de manera secuencial los pasos que deben darse para llevar a cabo una sesión de consejería de VIH en pacientes con tuberculosis, incluyendo la realización de la prueba. El Paso 1 permite evaluar el conocimiento previo que el paciente tiene sobre el VIH/Sida, su relación con la tuberculosis, e introducirlo al tema, mientras que en el Paso 2 se define el riesgo del paciente en cuanto a la infección por el VIH y se ofrece la prueba de VIH. El Paso 3 resume todos los aspectos relacionados con la realización segura de la prueba de VIH y en el Paso 4 se presenta la manera como se comunicará el resultado de la prueba. En el Paso 5, el paciente define un plan de reducción de riesgos con la ayuda del consejero, y en el Paso 6 se identifican las diversas fuentes de apoyo para el paciente.

Paso 1. Presentación

Después que el encargado de la atención en el programa de tuberculosis se presenta, debe hacer una introducción al tema explicando que las personas con tuberculosis, como en este caso el paciente, tienen mayor probabilidad de estar infectadas con el VIH, y en un número importante de casos la tuberculosis es una de las primeras manifestaciones de la infección por el VIH. Esto ocurre porque las personas con la infección por el VIH tienen alteradas sus sistemas de defensa y están propensos a otras infecciones y enfermedades como la tuberculosis.

Después de dejar claro el tema que se tratará en la sesión, es importante que se dedique un tiempo para que el

paciente entienda cuál es el papel de la consejería y la metodología que se empleará. Se hará un bosquejo del contenido de la sesión.

El ambiente en el cual se realiza la sesión de consejería debe garantizar la confidencialidad de las conversaciones, y el clima de la comunicación debe permitir el desarrollo de confianza y respeto mutuo.

Como se mencionó previamente, debido a que la mayoría de pacientes a quienes se les diagnostica tuberculosis no conoce la probable relación que existe con la infección por el VIH, es necesario hacer algunas preguntas abiertas que permitan evaluar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre el VIH/Sida. Según el caso, es probable que en este momento de la sesión se deban dar algunas explicaciones concisas sobre los aspectos generales del VIH y Sida y la coinfección TB/VIH. Un aspecto relevante que debe quedar claro desde el principio es que la tuberculosis es curable y el VIH/Sida es tratable.

Aunque es importante que desde el inicio de la sesión exista un registro con la información del paciente y los aspectos más importantes relacionados con la consejería, se debe evitar emplear demasiado tiempo para hacerlo o que el paciente perciba que está siendo sometido a una encuesta, lo cual va en detrimento de la calidad de la consejería.

Paso 2. Evaluar el riesgo

Después de haber evaluado el nivel de conocimiento básico sobre la infección por el VIH y el Sida, la existencia de la coinfección TB/VIH y sus implicaciones, es necesario explorar los temores relacionados con el tema y responder a las dudas sin permitir que la sesión se desvíe de su propósito, el cuál es centrarse en el riesgo individual de cada paciente.

Es función del encargado de la atención del paciente con tuberculosis evaluar las situaciones de riesgo, la frecuencia a las cuales está expuesto a estas situaciones de riesgo y

la exposición de riesgo más reciente, así como evaluar el riesgo de las parejas del paciente. Es importante indagar sobre las situaciones que hacen más vulnerable al paciente de incurrir en actividades de riesgo, tales como el consumo de alcohol, la baja autoestima.

Dependiendo de las diferencias culturales, muchas personas no reconocen como situaciones de riesgo las actividades que han realizado desde jóvenes y es necesario que entiendan las razones por las que estas situaciones los ponen en riesgo. Uno de los objetivos de este momento de la sesión es motivar la reflexión al respecto y ayudarlos a identificar sus debilidades y fortalezas.

Después de escuchar la exposición espontánea del paciente y las repuestas dadas a las preguntas formuladas en la sesión, el funcionario del programa de tuberculosis que está participando como consejero debe resumir la situación de riesgo del paciente, dando así la oportunidad de aclarar o ampliar algunos asuntos de interés.

Indagar sobre los esfuerzos previos de reducción de riesgo es muy importante para determinar qué tan desafiante ha resultado para el paciente cambiar comportamientos específicos, pero a su vez es una buena oportunidad para reforzar las actitudes exitosas que han permitido lograr algunas metas de reducción de riesgo, lo cual aumenta la creencia en el paciente sobre su capacidad potencial de llevar una vida con menos riesgo de adquirir la infección por el VIH.

Ya expuesta la importancia por la cual se debería realizar la prueba de VIH, es importante explorar el grado de preocupación del paciente de haber contraído la infección por el VIH. Valorar este aspecto permitirá reconocer información valiosa que solamente aflore en este momento de la sesión. En caso necesario se debe persuadir al paciente de que contar con el diagnóstico es valioso para su vida, para su bienestar, para el manejo de sus condiciones y para la comunidad.

Cómo una guía para las posibles preguntas para determinar el riesgo, se presenta el anexo 1.

Después de haber explicado en el Paso 1 de la sesión la relación existente entre la tuberculosis y el VIH y de haber hablado sobre los factores de riesgo de infección, se debe invitar al paciente a realizarse la prueba de VIH. Se debe dejar claro que por las razones previamente mencionadas, los programas de tuberculosis ofrecen la prueba de VIH a todos sus pacientes, y que si el paciente no tiene inconvenientes se le podría hacer la prueba ahora mismo.

Si el paciente rechaza la oportunidad de hacerse la prueba en este momento, se debe tratar de conocer los motivos, resolver algunos temores y dudas, y manifestarle que puede considerar hacérsela luego. También se le debe ofrecer la posibilidad de realizarse la prueba en otro centro de consejería y pruebas voluntarias para VIH.

El programa de tuberculosis ofrece la ventaja de hacer seguimiento estrecho a los pacientes, y en el caso de aquellos que no aceptan hacerse la prueba en la primera oportunidad que se les ofrece, debe animárseles a hacerlo, con pleno convencimiento de todos los beneficios que les traerá. Enterarse de la existencia de coinfección le permitirá al paciente recibir un mejor tratamiento para la tuberculosis, así como recibir cuidados especiales y medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH. Además le permitirá proteger de mejor manera su propia salud y la de sus parejas. Enterarse que no está infectado por el VIH le permitirá tomar las medidas para evitar contraer la infección en el futuro.

Paso 3. Realizar la prueba

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD O CONTROL DE INFECCIONES

Las medidas de bioseguridad deben aplicarse de manera rutinaria en todos los casos, pues es imposible saber cual de los pacientes atendidos tiene alguna infección que se pueda transmitir por contacto con los líquidos corporales, como la infección por el VIH o por los virus de hepatitis B o C.

Las medidas de control que deben aplicarse de manera rutinaria incluyen el lavado de manos para prevenir el contagio de enfermedades tanto del trabajador de salud como del paciente que es atendido. El uso de guantes es un requisito en el momento de la obtención de la muestra de sangre y en la realización de la prueba. También se deben usar para asear el local y evitar el contacto directo con muestras de sangre. Se debe recordar que los guantes no ofrecen protección completa a las punciones que accidentalmente se puedan hacer los trabajadores de salud, pero sí disminuyen la probabilidad de transmisión de la infección, al disminuir la cantidad del inóculo accidental.

Con el propósito de prevenir accidentes laborales con elementos cortopunzantes usados en la realización de la prueba, se recomienda botar inmediatamente todos estos elementos en recipientes diseñados para tal objeto, los cuales son de paredes duras resistentes a la punción y están debidamente marcados con un rótulo que los identifique. Se recomienda nunca reutilizar estos elementos ni las torundas de algodón y nunca intentar limpiar las lancetas, las agujas ni ningún otro elemento cortopunzante, pues es una causa frecuente de punción accidental. Tampoco se debe intentar poner el cobertor a las agujas.

Con el propósito de no transmitir inseguridad ni falta de confianza es aconsejable que las personas que van a participar en estas actividades de consejería hayan pasado por esta experiencia y se hayan realizado la prueba rápida, previo análisis de los factores de riesgo que deberían modificar. Esto facilita al consejero hablar con más seguridad y autoridad sobre el tema.

Antes de proceder a tomar la muestra de sangre es importante asegurarse que el paciente con tuberculosis comprende el significado del resultado y sus implicaciones. Se debe verificar que entiende los beneficios potenciales de conocer su estado con respecto a la infección por el VIH y la disposición para realizarse la prueba. Después de confirmar estos aspectos es necesario abordar los sentimientos del paciente con relación a la decisión de practicarse la muestra. Si es necesario, este es el momento para aclarar

los conceptos errados que el paciente tiene sobre las pruebas de VIH.

Desde este momento de la sesión, debe aprovecharse para comenzar a destacar la importancia de tener una actitud positiva y optimista si el resultado de la prueba llega a reportarse como positivo. Una actitud positiva se fundamenta en comprender la importancia de mantenerse bien para vivir más tiempo, contar con apoyo y tener acceso a atención médica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ya cuando el paciente ha aceptado tomarse la prueba es necesario que autorice su realización, pues la prueba es voluntaria y libre de coerción. La información suministrada al paciente para su consentimiento puede ser presentada de manera verbal o por escrito usando un lenguaje que sea fácil de entender por el paciente. La aceptación o el rechazo a la realización de la prueba no deben afectar la calidad de los servicios que se ofrecen. Este aspecto del consentimiento informado debe ser cuidadosamente ceñido a las regulaciones legales de cada uno de los países en donde se esté trabajando.

En aquellos países, lugares o instituciones en donde el consentimiento informado para la prueba de VIH se solicita por escrito, el documento debe ser firmado por el paciente. En caso que tenga dificultades físicas o mentales que le impidan dar el consentimiento, se puede solicitar el mismo a un familiar que lo acompañe. Se recomienda que el formato empleado para tal propósito sea exclusivo para la autorización de realizar la prueba de VIH y no sea un documento general para realización de exámenes y procedimientos. Estos detalles relacionados con el documento deben estar ajustados a los requisitos legales de cada uno de los países donde se aplique.

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA

Es necesario tener siempre en cuenta que la mayoría de pacientes con tuberculosis a los cuales se les ofrece la prueba no estaban previamente preparados para esto, y

que la prueba de VIH se constituye en un factor adicional que agrava la ansiedad ocasionada por el diagnóstico de tuberculosis. En un solo día se están enfrentando a dos situaciones estigmatizantes: la tuberculosis y el VIH/Sida. Por este motivo se propuso en otra sección de la guía que el ofrecimiento de la prueba de VIH y la consejería se aplace en estos pacientes una o dos semanas después de haber hecho el diagnóstico de tuberculosis.

De igual manera, es importante mostrarse flexible, e incluso dar la oportunidad a algunos pacientes que lo requieran para volver otro día a conocer los resultados de la prueba. Dado el cercano seguimiento que está recibiendo por estar inscrito en el programa de tuberculosis, es muy poco probable que el paciente no regrese al servicio.

Es necesario asegurarse que el paciente está verdaderamente decidido a hacerse la prueba, y se deben aclarar las dudas en cualquier momento del proceso. Los mayores beneficios de la prueba se derivan cuando el paciente está preparado y decidido a conocer el resultado.

En caso que la prueba se realice en el laboratorio del lugar en donde se ha llevado a cabo la consejería, el encargado de la atención del paciente, quien viene actuando como consejero, debe acompañar al paciente y explicarle que debe volver a la oficina para que juntos puedan interpretar el resultado. Pero si en el lugar donde se ofrece la consejería para la prueba de VIH no existe apoyo del personal de laboratorio, el personal del Programa de Control de Tuberculosis debe recibir capacitación para su realización.

Ya sea que el que hace la prueba de VIH sea personal de apoyo del laboratorio o personal del Programa de Tuberculosis, debe seguir algunos procedimientos básicos como se describen a continuación:

- Tramitar la tarjeta con la información del paciente.
- Rotular con el código o número único del paciente cada una de las muestras: la prueba rápida de detección y la prueba de confirmación, en caso que se tome simultáneamente.
- Obtener la muestra de sangre para la prueba.

- Preferiblemente en ausencia del paciente realizar la prueba y registrar los resultados en el libro de laboratorio destinado para tal fin y en el formato de resultados.
- Estar dispuesto a resolver dudas de último momento que manifieste el paciente.
- Revisar regularmente y aplicar con rigor las medidas de control de infecciones (medidas de bioseguridad).
- Aplicar las medidas que garanticen la confidencialidad del paciente.
- Revisar con regularidad el inventario de recursos necesarios para la aplicación de la prueba.
- Es recomendable contar con material educativo sobre VIH/Sida y coinfección TB/VIH en el local donde los pacientes tienen que esperar antes que se les realice la prueba de VIH.

En aquellos escenarios en los que se recomiende la oferta de consejería y de prueba del VIH a las parejas de los pacientes de tuberculosis, tanto de aquellos que resulten positivos como negativos a la prueba de VIH, es necesario definir si esta actividad será asumida por el programa de tuberculosis o si se va a referir a estas personas adicionales a los servicios de consejería de los programas de VIH/Sida. Las ventajas de realizar estas pruebas por el mismo personal que atiende al paciente con tuberculosis se relacionan con la confianza que les puede generar y la posibilidad de verificar más fácilmente que las parejas remitidas por el paciente acudan a la consejería y a realizarse las pruebas de VIH.

Paso 4. Comunicar el resultado de la prueba

Cualquiera que sea el resultado de la prueba, es fundamental que el paciente entienda con claridad el significado, lo cual depende de la buena preparación que se haya hecho en los pasos anteriores y de la manera clara y exacta como se le comunique. No se debe pensar que esto es fácil de comprender y se deben hacer todos los esfuerzos para hacerlo lo más claro posible. Un ejemplo de las dificultades para comprender el resultado es el hecho que algunas comunidades consideran la palabra “negativo”

como sinónimo de perjudicial o malo y la palabra “positivo” como bueno o favorable.

Se debe informar sobre el resultado de la prueba al inicio de esta parte de la sesión, y no se debe preguntar al paciente qué resultado desea, ni siguiera con el propósito de quitar tensión la sesión.

Con el propósito de apoyar emocionalmente al paciente, es importante hacer uso de los procesos de validación y normalización de los sentimientos y las emociones. Por medio de estos procesos, el encargado de la atención del paciente le manifiesta que reconoce que el temor, la ansiedad, el desasosiego o cualquier otro sentimiento generado por el resultado de la prueba son respuestas emocionales ‘normales’. Afirmaciones como ‘lo que usted está sintiendo es perfectamente normal’, ‘muchos sienten miedo’, ‘aquí hemos tenido todo tipo de pacientes y todos han sentido miedo’ o ‘usted siente miedo porque ha decidido asumir los riesgos’, ayudarán a los pacientes a sentirse más cómodos con sus respuesta emocionales y los deja en una posición más favorable para enfrentar el resultado de la prueba.

EN CASO QUE EL RESULTADO SEA NEGATIVO

Se debe recordar que cuando el resultado es negativo el propósito se centra en ayudar a los pacientes con tuberculosis a permanecer sin infectarse con el VIH, básicamente por medio de un compromiso para cambiar su comportamiento de riesgo.

Se le debe informar el resultado con palabras sencillas y con una actitud serena sin añadir comentarios innecesarios de felicitación ni otros que puedan generar confusión. Al comunicarle que el resultado de la prueba es negativo se debe agregar que esto significa que no está infectado por el VIH. Sin embargo se debe aclarar que un resultado negativo significa que hasta hace tres meses el paciente no estaba infectado por el VIH, y si en ese periodo ha ocurrido una situación de riesgo que lo haya expuesto a una probable infección, se le aconseja repetir la prueba tres meses después de la realización de la primera.

No obstante, la explicación dada sobre el período de ventana inmunológica (tiempo entre la infección y la aparición de anticuerpos detectables en al sangre) no debe permitir que se pierda la oportunidad de compartir de manera enfática el mensaje de prevención. Es necesario dejar claro que el resultado negativo en una persona con conductas de riesgo permanentes no significa que no esté infectada por el VIH. Esto con el fin de no favorecer una falsa percepción que lo que estaba haciendo es seguro.

De igual manera, debe aclarársele al paciente que el resultado negativo de la prueba no significa que sus parejas no estén infectadas, por lo que se le debe motivar para que después de analizar los factores de riesgo mutuos invite a sus parejas para que se realicen una prueba de VIH, previa consejería. Es importante apoyar al paciente para que se prepare ante las probables reacciones de las parejas ante la invitación a considerar la posibilidad de realizarse la prueba.

Si el comportamiento que el paciente manifestó en los pasos iniciales de la consejería evidencia un riesgo alto y continuo, este es el momento para hacerle sentir que es urgente que se hagan algunas modificaciones a las situaciones de riesgo. Debe transmitírsele que es urgente que asuma un comportamiento más seguro, pues de lo contrario, tiene altas posibilidades de infectarse por el VIH.

Dado que los Programas de Tuberculosis citan a los familiares de los enfermos a charlas educativas para explicar todo lo relacionado con la tuberculosis, los cuidados en casa y básicamente sobre la importancia del apoyo familiar para alcanzar el éxito terapéutico, es deseable, si el paciente lo autoriza y existen recursos para ello, que se lleve a cabo una charla educativa con la familia, con el paciente y sus parejas para resolver inquietudes sobre el resultado de la prueba y explicar más claramente el significado.

EN CASO QUE EL RESULTADO SEA POSITIVO

Es comprensible que este momento es de gran expectativa para el paciente y causa de ansiedad para el responsable del cuidado del paciente, pero la comunicación debe ser

clara, compasiva y sin rodeos. Se debe explicar que el resultado positivo de la prueba significa que el paciente está infectado por el VIH, y por cursar concomitantemente con tuberculosis se debe considerar que su situación de salud se ha visto afectada.

El proceso de validación y normalización de los sentimientos citados previamente es de especial valor en este caso. No se debe enjuiciar la respuesta emocional del paciente ante la noticia, ni hacer sentir que la reacción es incorrecta, sino más bien al contrario, que el paciente tiene el derecho de sentirse como se siente, que tiene el permiso a expresarse como lo desee, y que es muy normal que se sienta así ante una noticia como esta.

Antes de continuar con los otros pasos es importante determinar si el paciente entendió el significado del resultado y no avanzar hasta que se aclaren todas las inquietudes y dudas que tenga en ese momento.

Dependiendo de la reacción ante la noticia del resultado positivo y el grado de comprensión de las implicaciones del resultado, se debe decidir si el paciente está preparado para que se le hable sobre la actitud positiva y optimista. Cuando esté preparado se le explica que hay muchas personas que están infectadas por el VIH y que llevan una buena calidad de vida siempre y cuando asuman una actitud positiva y tengan el deseo de cuidar su salud, se alimenten bien, busquen atención médica, reciban el tratamiento antituberculoso como se les recomienda y el tratamiento antirretroviral cuando esté indicado.

En este momento de la sesión se explica que como parte de las actividades de control de su enfermedad, será remitido a los servicios especializados de VIH/Sida, en donde le harán otros exámenes que permitirán confirmar el diagnóstico y evaluar mejor su estado de salud. La carta o nota de remisión o referencia a los servicios de VIH/Sida deberá informar que el paciente está inscrito en el programa de tuberculosis y que la prueba de VIH (prueba rápida o ELISA, según sea el caso) es positiva. Se debe animar al paciente para que acuda a los servicios de VIH/Sida lo más pronto posible.

Paso 5. Definir un plan de reducción de riesgos

Uno de los aspectos más importantes de la consejería es que los pacientes definan un plan realista y con metas específicas que les permita reducir los comportamientos de riesgo que han identificado en conjunto con la persona que les está prestando el servicio de consejería.

Uno de los componentes importantes que debe tenerse en cuenta es alentar al paciente para que hable con su o sus parejas actuales y futuras sobre su estado actual con relación al VIH, y de esta manera las motive a participar en el proceso de consejería y acudan voluntariamente a realizarse las pruebas de VIH.

El plan de reducción de riesgos, tanto para aquellos seropositivos como seronegativos debe ser flexible en cuanto a la definición de las metas. Se debe evitar el uso de mensajes de prevención idénticos para todas las personas. Conductas que pueden ser de riesgo para unas, pueden ser seguras para otras. No usar preservativo con una pareja de quien se desconoce su estado con relación al VIH puede ser de riesgo, mientras que si se asume un compromiso de exclusividad sexual mutua entre dos personas seronegativas, resulta seguro tener relaciones sexuales sin protección.

Es importante revisar las experiencias previas de reducción de riesgos en las que hayan participado los pacientes y las experiencias puntuales de cambios de comportamiento que hayan tenido éxito, así como las dificultades que tuvieron para implementarlas. Así mismo se debe preguntar sobre los factores que aumentan la probabilidad de participar en actividades de riesgo para contraer el VIH como por ejemplo el uso de alcohol o drogas psicoactivas.

Dado que el uso de preservativos es una de las prácticas más eficaces para la reducción de riesgo de contraer la infección por el VIH, es importante que se pregunte al paciente sobre su competencia en el uso de ellos.

INSTRUCCIONES GENERALES SOBRE EL USO DE LOS PRESERVATIVOS

El uso de los preservativos o condones de látex y vinilo son un método eficaz para proteger a las personas que lo usan, a las parejas y a las familias contra el VIH. Otras ventajas del uso de los preservativos incluyen la prevención contra otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y la planificación familiar. En este punto de la sesión debe tenerse en cuenta que en general, las personas tienen ideas y creencias muy distintas con respecto al uso de los preservativos.

Siempre se deben usar preservativos de látex o vinilo, y antes de la fecha de caducidad. La manera de verificar el material y la fecha de vencimiento es leyendo en la etiqueta del empaquetado. Deben ser almacenados en espacios frescos. No se deben usar con lubricantes con base en aceite ni con hierbas ni secantes para así evitar que se rompan durante la relación sexual. Los preservativos expirados, los que estén pegajosos o resecos deben eliminarse.

PLAN DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN CASO QUE EL RESULTADO DE LA PRUEBA SEA NEGATIVO

El plan de reducción de riesgos que se desea diseñar entre el paciente y el responsable de su atención debe ser realista, abordando de manera prioritaria los comportamientos que se consideran de mayor riesgo y debe concentrarse en tomar las medidas para evitar la infección por el VIH.

La formulación de un plan de reducción de riesgos debe incluir:

1. La identificación de los factores de riesgo que se reconozcan como prioritarios.
2. Dialogar sobre los comportamientos de riesgo que el paciente está dispuesto y motivado a cambiar.
3. Determinar cuáles son las acciones puntuales que el paciente quiere asumir para disminuir el riesgo de las situaciones prioritarias.
4. Definir las condiciones en las que se va a apoyar el paciente para poder cumplir con sus metas de reducción de riesgo.
5. Valorar si el paciente se encuentra cómodo con el

plan y qué tan seguro se siente de poderlo cumplir.

6. De manera ideal, recomendar al paciente escribir el plan de reducción de riesgos y si lo considera, compartir una copia con el responsable de su atención o su pareja.
7. Animar al paciente a evaluar por sí mismo el cumplimiento del plan de reducción de riesgos, a modificar algunos aspectos que no estén funcionando y a seguir motivado para lograrlo, y así evitar la infección por el VIH.

Es necesario reconocer que lo más importante es que el paciente asuma compromisos pequeños pero realistas y nunca transmitir la impresión de que se quiere reducir de manera súbita todos los comportamientos de riesgo, de manera amplia y generalizada. Las metas difíciles de lograr pueden causar desánimo, sensación de incapacidad y frustración. La magnitud del plan debe ser similar a la magnitud de la motivación del paciente para cambiar los comportamientos de riesgo.

El seguimiento a los compromisos adquiridos en el plan de reducción de riesgos es un aspecto fundamental para lograr el éxito en la prevención de infección por el VIH. En este caso de consejería de pacientes con tuberculosis cuyo tratamiento es supervisado estrictamente, por lo menos durante 6 meses, existen dos posibilidades para hacer el seguimiento del plan. Lo usualmente recomendado en consejería VIH es que el paciente identifique a una persona con la que quiera compartir el plan y que pueda aconsejarlo y ofrecerle apoyo. La otra posibilidad, también válida, es que el responsable de su atención en el programa de tuberculosis le haga seguimiento un mes después de la primera cita de consejería y por lo menos una cita adicional al terminar el tratamiento. Sin embargo, debe estar siempre abierta la posibilidad que se lo pueda atender en cualquier momento del seguimiento del tratamiento de la tuberculosis, cuando el paciente necesite ayuda o quiera resolver dudas.

PLAN DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN CASO QUE EL RESULTADO DE LA PRUEBA SEA POSITIVO

El plan de reducción de riesgos de los pacientes con tuberculosis a quienes el resultado de la prueba de VIH fue

positivo se debe concentrar en ayudarles a tomar medidas para reducir el riesgo de infectar a sus parejas con el VIH.

Las medidas deben incluir poner en conocimiento sobre su situación a sus parejas y motivarlas para que acudan a los servicios de consejería y pruebas de VIH. Dado que este aspecto es un verdadero desafío, es necesario identificar las inquietudes, temores y barreras que puedan surgir en esta parte del plan. Analizar las diferentes maneras como se puede abordar el tema con las parejas y hacer dramatizados o simulaciones le permitirá al paciente ganar confianza y sentirse más seguro al momento de compartir la información relacionada con su infección. Se debe explicar al paciente que su resultado positivo no implica necesariamente que su pareja estable tenga igual resultado.

El resto de la formulación del plan de reducción de riesgos incluirá los puntos descritos para los pacientes con resultado negativo. Un aspecto adicional y muy importante es ayudar al paciente a identificar todas las parejas que pueden estar en riesgo de infección por el VIH y que deberían conocer sobre esta situación de riesgo.

Debido a la situación de ansiedad que suele generarse ante la noticia de la infección por el VIH, es posible que el paciente no esté preparado emocionalmente el mismo día para discutir con calma todos los puntos relacionados con el plan de reducción de riesgos. Podría ser necesaria entonces una segunda sesión de seguimiento. El hecho que el paciente tenga que ser seguido estrechamente para garantizar su tratamiento antituberculoso por lo menos durante 6 meses, ofrece invaluable posibilidades para hacer seguimiento al plan de reducción de riesgos. Dependiendo de casa caso, se recomienda tener por lo menos dos sesiones formales de consejería adicionales en el transcurso de estos 6 meses.

Entre los aspectos fundamentales del plan de reducción de riesgos se debe considerar las medidas específicas que el paciente empleará para proteger de la infección por el VIH a su pareja actual como a sus futuras parejas. Es definitivo,

y por eso se hace énfasis, que el paciente comprenda que una de las medidas más sensatas y exitosas para lograr este propósito es informándole a sus parejas sobre su infección y asegurándose de participar solamente en actividades sexuales de bajo riesgo.

Tanto para aquellos pacientes con resultado positivo o negativo que tengan comportamientos de alto riesgo muy arraigados en su proceder, es recomendable referirlos a otros profesionales de la salud capacitados para ayudarlos, como psicólogos, terapeutas de pareja, sexólogos, e incluso psiquiatras.

Paso 6. Identificar fuentes de apoyo

Una de las claves del éxito para que aquellos pacientes con resultado negativo eviten contraer la infección es contar con apoyo para cumplir el plan elaborado por el paciente para la reducción de riesgo. Es importante trabajar con el paciente para identificar todos los recursos existentes para recibir ayuda, tanto en el nivel comunitario, gubernamental y entre las redes de los servicios de salud, de apoyo psicosocial y de soporte espiritual. La ayuda que una persona de confianza le puede dar al paciente con tuberculosis para cumplir su plan de reducción de riesgos es invaluable, y se debe enfatizar nuevamente en esta unidad la importancia de contar con este tipo de apoyo personal.

En el caso de los pacientes con tuberculosis a quienes la prueba para el VIH resulte positiva, es de importancia ayudarlo a identificar todos los recursos de apoyo con los que él podrá contar para vivir positivamente, emocionalmente fuerte y con menor riesgo de infecciones oportunistas.

Una de los apoyos más importantes que puede recibir el paciente es el de sus allegados, amigos o parientes, con quienes ha decidido compartir la información sobre su infección. Se puede ayudarlo a evaluar todas las posibles personas que pudieran apoyarlo en este proceso de vivir con el VIH.

De importancia es la identificación de los servicios de salud a los cuales el paciente podrá acudir, de manera adicional a los que le prestan atención para el control de la tuberculosis. Es valioso estar al tanto de las legislaciones vigentes que en su país o localidad regulan los servicios para los pacientes con VIH/Sida y así poder orientar mejor al paciente sobre sus deberes y derechos. Es necesario que el paciente sepa sobre la importancia de informar sobre su infección a todos los profesionales de la salud que por cualquier circunstancia lo atienden, y de esa manera garantizar un mejor servicio.

Es de utilidad tener identificadas de antemano las redes de apoyo existentes en la localidad, tanto las de carácter comunitario, psicosocial, espiritual y los grupos de apoyo y soporte a las personas que viven con el VIH. En conjunto con el paciente se decidirá las mejores opciones de apoyo y las maneras de acceder a ellas.

El paciente con tuberculosis a quien se le confirma la infección por el VIH debe comprender que un aspecto fundamental para su cuidado es que reciba todos los medicamentos antituberculosos sin interrupción por el tiempo que se le recomiende, y seguir haciéndolo de manera supervisada. Se le debe explicar que quizá deba recibir otros medicamentos de manera simultánea para el control de la infección por el VIH y prevención de otras infecciones oportunistas. Para este propósito, probablemente deberá asistir a control con otro equipo de profesionales de la salud responsables del control de los pacientes con VIH/Sida, dependiendo de cómo esté definido en el país.

Todos los controles médicos que tenga el paciente deben ser aprovechados no solo para definir o ajustar el tratamiento, sino también para enfatizar sobre las medidas que le permitirán vivir positivamente y libre de otras infecciones oportunistas.

Necesidades de referir los pacientes a otros servicios

Como parte del proceso de consejería en el que participa el paciente con tuberculosis, el responsable de su atención tiene la oportunidad de identificar algunas situaciones que requieren la participación de otros profesionales de la salud. Por este motivo es importante que se tenga establecida una red de soporte profesional, que incluso puede estar compartida con la que debería tener el programa de VIH/Sida para sus pacientes.

Cuando se vaya a referir o remitir a un paciente para conseguir la colaboración de otros profesionales, debe tenerse en cuenta sus condiciones particulares como la edad, el idioma, el género, la orientación sexual y otros aspectos culturales. Algunos servicios que pueden participar ofreciendo apoyo a los pacientes manejados en consejería del programa de tuberculosis incluyen al programa de atención integral y tratamiento para la infección por el VIH, programas de citología de cuello uterino y prevención de cáncer de cérvix, así como diagnóstico y manejo de otras enfermedades de transmisión sexual, servicios de planificación familiar y control prenatal en caso de embarazo, servicios de apoyo de prevención y tratamiento del alcoholismo y farmacodependencia y los programas de tamizaje, prevención y tratamiento para las hepatitis A, B y C.

Adicionalmente, los programas de salud mental deben estar contactados de antemano para atender las necesidades que se presenten durante la sesión inicial de consejería o las sesiones propuestas de seguimiento. Los programas de trabajo social pueden cumplir un papel muy valioso al asistir una serie de necesidades relacionadas con los aspectos laborales, soporte nutricional, atención infantil, violencia intrafamiliar, albergues o alojamientos temporales y definitivos.

Unidad IV.

GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SUPERVISIÓN

Dado que la efectividad de la consejería y pruebas de VIH para prevenir la infección o transmisión de la infección dependen en gran medida de las habilidades y actitud del responsable de la atención del paciente, es necesario implementar un sistema de garantía de la calidad de los servicios que se ofrecen. Sería ideal que las personas que han participado como instructores en el entrenamiento o sesiones de capacitación puedan desempeñarse como supervisores de la consejería y de los servicios de pruebas rápidas de VIH.

Sin embargo, debe quedar claro que el principal responsable de la calidad de las sesiones de consejería es quien las está ofreciendo, independiente de la complejidad de los casos que atienda, y su motivación es uno de los recursos más valiosos para que los pacientes participen activamente en la identificación de los comportamientos de riesgo, así como en el cumplimiento de los planes de reducción de riesgos. Por lo tanto, el control de calidad de las sesiones comienza

por la retroalimentación que haga quien está ofreciendo los servicios de consejería, al reflexionar sobre sus resultados y por la disposición que tenga para aprender nuevas habilidades relacionadas con la consejería y ajustar las ya adquiridas en busca de mejores resultados.

Aunque se conocen diversas maneras para asegurar la calidad de este tipo de servicios, para el propósito de esta Guía se recomienda hacer énfasis en los

siguientes aspectos. En primer lugar se aconseja que los responsables de la atención de los pacientes utilicen la Guía como material de apoyo para las primeras sesiones que dirijan, hasta que ganen confianza con la información sugerida y los pasos propuestos en la Unidad III. Usar la Guía como un esquema para estructurar la sesión permitirá mantener la sesión centrada en los riesgos individuales y asegura que la intervención ofrecida sea coherente y uniforme.

Otro aspecto que permite garantizar la calidad de las sesiones es que el paciente, con la ayuda del responsable de su atención, documente el plan de reducción de riesgos y que una copia del plan quede en poder de los dos. Esto permitirá hacer un mejor seguimiento a los compromisos de cambio que asuma el paciente.

Un tercer aspecto que permite ofrecer de manera continua un servicio de consejería y pruebas de VIH de calidad es la supervisión que se haga a los que prestan el servicio, tanto en el campo donde lo hacen como por medio de actividades de refuerzo y capacitación.

Para facilitar el control de la calidad de los servicios de consejería y pruebas de VIH ofrecidos en los programas de tuberculosis, se sugieren algunos elementos importantes para evaluar:

- Cada una de las sesiones tiene un tiempo promedio de 15 a 20 minutos.
- Se recomienda que las sesiones de consejería sean realizadas al paciente por una misma persona.
- Las sesiones de consejería están centradas en la identificación de riesgos y en los planes de reducción

de riesgos y no en aspectos de educación e información general sobre el VIH/Sida.

- Se ofrece la prueba rápida de VIH como parte de la sesión de consejería.
- Se aplican todas las medidas de bioseguridad en el momento de la toma de muestras y realización de la prueba rápida de VIH.
- Como resultado de la consejería, el paciente ha elaborado un plan de reducción de riesgos realista.
- Se evita usar mucho tiempo completando formatos de información general del paciente.
- Los pacientes aceptan volver a las sesiones de seguimiento del plan de reducción de riesgos ofrecidas en el programa de tuberculosis y muestran logros en cuanto al plan.

Unidad V.

USO DE ESTA GUÍA COMO APOYO A LA CAPACITACIÓN

Algunos programas de tuberculosis cuentan con la participación de funcionarios entrenados para hacer la consejería y las pruebas de VIH, tales como trabajadores sociales, psicólogos, laboratoristas, auxiliares de laboratorio, e incluso con los consejeros de los programas de VIH/Sida en el mismo edificio. Sin embargo, en aquellos lugares donde no se cuente con este tipo de apoyo, es necesario entrenar a los funcionarios de primera línea de tuberculosis para que puedan ofrecer la consejería y las pruebas rápidas de VIH. Esto les permitirá comprender y usar los principios fundamentales de la consejería y desarrollar las habilidades para efectuar con éxito las sesiones y las pruebas de VIH.

Esta guía puede ser usada como un recurso de capacitación para los funcionarios de los programas de tuberculosis, ya sea a través de su estudio individual o a través de programas de entrenamiento en grupo. La

presente unidad sugiere algunas ideas que permitirán aprovecharla para tal fin.

Uno de los propósitos del estudio de esta guía, o de los procesos de capacitación grupal que se generen a su alrededor, es despertar entre los participantes el interés por desarrollar las habilidades necesarias para ayudar a los pacientes con tuberculosis a tomar decisiones que les ayudarán a conocer su estado con relación a la infección por el VIH, y a reducir los riesgos de contraer o transmitir la infección por el VIH.

Los instructores pueden ser personas que ya han sido capacitadas o tienen experiencia en consejería y pruebas rápidas de VIH, o trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras o médicos que trabajan en el tema. El o los instructores participantes deben estar familiarizados con los principios que se exponen en esta Guía, y deben estar en capacidad de adaptarlos a las condiciones particulares o regulaciones legales de cada país.

En las actividades de entrenamiento también pueden participar funcionarios del nivel nacional o regional de los programas de tuberculosis y los programas de Sida de los Ministerios de Salud o de las diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con

el tema. Un técnico de laboratorio podrá colaborar en el desarrollo de la instrucción del Paso tres de la Unidad III, la cual trata de la manera de realizar una prueba rápida y las medidas de bioseguridad que se deben tener en cuenta.

Es deseable que los instructores conozcan directamente los lugares donde estos servicios de consejería se van a prestar, o tengan referencias de sus características propias. Esto facilitará el cumplimiento de los objetivos de las capacitaciones.

El entrenamiento se puede hacer en grupos de hasta 10 personas y la disposición de los participantes en el salón deberá permitir la interacción de cada uno de los que asisten. El contenido temático de cada sesión de entrenamiento puede corresponder al contenido presentado en cada una de las unidades de esta Guía.

Antes del inicio de la primera sesión, es importante hacer una apropiada presentación de los participantes, de los instructores y de los invitados. Para generar un ambiente agradable y propicio para el entrenamiento se recomienda hacer alguna dinámica que permita romper el hielo. Luego se hará una presentación clara de las metas, objetivos y metodología a emplear, usando como referencia la introducción de esta Guía.

En la sesión inicial se puede hablar de las generalidades epidemiológicas locales o regionales de la tuberculosis, del VIH/Sida y del problema generado por la coinfección. Para hacer referencia a la situación mundial y del continente americano se puede apoyar en la Unidad I de esta guía. También es prudente que se hable de la legislación gubernamental propia de cada país que apoya o determina algunas regulaciones sobre el tema del VIH/Sida, e incluso si existe alguna norma sobre quien o quienes deberían hacer las consejerías.

La Unidad II puede aportar material de apoyo para dar alguna instrucción sobre la consejería misma. Aquí se hace énfasis en la conceptualización de la consejería y sus principios básicos. También aquí se habla de las razones por las cuales las personas acuden a los servicios convencionales de consejería y pruebas de VIH, y cómo esto se diferencia de lo que se va a ofrecer en los programas de tuberculosis.

Para el desarrollo del contenido de la Unidad III, donde se entra directamente a tratar los pasos de la sesión de consejería, es probable que se requieran varias sesiones. Los dramatizados o prácticas simuladas entre los participantes son útiles para generar confianza, para resolver dudas, para corregir conceptos y actitudes, pero especialmente para permitir que se desarrollen las habilidades necesarias que garantizarán el éxito de la consejería y la toma de las pruebas rápidas de VIH.

En los lugares en donde se defina que las pruebas rápidas de VIH van a ser realizadas por las personas responsables de la atención de los programas de tuberculosis, será necesario contar con la participación de instructores del laboratorio o del programa de VIH/Sida en donde ya se estén usando. Las empresas que comercializan este tipo de productos cuentan con abundante material de capacitación y estuches de simulación, los cuales pueden ser usados para el entrenamiento.

Un aspecto importante que puede mejorar la calidad de las sesiones de entrenamiento es que los participantes cuenten con material apropiado, incluso esta Guía, algunos días o semanas antes de la capacitación. También es valioso que tengan con anticipación el material educativo sobre VIH/Sida y coinfección que se piensa usar para apoyar las sesiones de consejería.

Como ayudas audiovisuales de apoyo se pueden usar todas las que los instructores usen con familiaridad, desde papelógrafos, acetatos, diapositivas, carteleras, etc.

Bibliografía

1. Guía sobre atención integral de personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y El Caribe. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Washington DC, 2004.
2. Report of a "Lessons Learnt" Workshop on the six Protest Pilot Projects in Malawi, South Africa and Zambia. Durban, South Africa February 2003, World Health Organization, Geneva, 2004, WHO/HTM/TB/2004.336
3. MMWR, Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral, November 9, 2001 / 50(RR19);1-58
4. Vega A, Mazín R, Maddaleno M. Modelo de consejería orientada a los jóvenes. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington DC 2004.
5. TB/HIV research priorities in resource-limited settings. Report of an expert consultation. World Health Organization. Geneva, 2005. WHO/HTM/TB/2005.355
6. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Geneva, World Health Organization, 2004.
7. The 3rd Global TB/HIV Working Group Meeting. Montreux, Switzerland, 4-6 June 2003. Geneva. World Health Organization, 2003.
8. Report of the Fourth Global Working Group Meeting, Addis Ababa, Ethiopia, 20-21 September 2004. Geneva. World Health Organization, 2004.
9. UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing. Geneva, UNAIDS and Geneva. World Health Organization, 2004.
10. Desormeaux J, Johnson MP, Coberly JS et al. Widespread HIV counseling and testing linked to a community-based tuberculosis control program in a high-risk population. Bull Pan Am Health Organ. 1996 Mar;30(1):1-8
11. Association between HIV and tuberculosis: technical guide. Bull Pan Am Health Organ. 1993;27(3):297-310.
12. World Health Organization. Revised Recommendations for the Selection and Use of HIV Antibody Tests. Weekly Epidemiologic Record 1997; 72(12): 81-88.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Update: HIV Counseling and Testing Using Rapid Tests – United States 1995; MMWR 1998; 47(11): 211-215.
14. Abouya L, Coulibaly IM, Wiktor SZ et al. The Cote d'Ivoire national HIV counseling and testing program for tuberculosis patients: implementation and analysis of epidemiologic data. AIDS. 1998 Mar 26;12(5):505-12.

15. Weis SE, Foreman B, Cook PE, Matty KJ. Universal HIV screening at a major metropolitan TB clinic: HIV prevalence and high-risk behaviors among TB patients. *Am J Public Health*. 1999 Jan;89(1):73-5.
16. DeRiemer K., Soares EC, Dias SM, Cavalcante SC. HIV testing among tuberculosis patients in the era of antiretroviral therapy: a population-based study in Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000 Jun;4(6):519-27.
17. Branson, BM. Rapid Tests for HIV Antibody. *AIDS Reviews* 2000; 2: 76-83.
18. Missed Opportunities for Prevention of Tuberculosis Among Persons With HIV Infection, Selected Locations, United States, 1996-1997. *MMWR* 49(30), 2000. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
19. Centers for Disease Control and Prevention. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. *MMWR* 2001; 50(No. RR-19):1-57.
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *MMWR* 2001; 50(No. RR-19):59-85.
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Routine Diagnostic HIV Counseling and Testing in TB Clinical Settings, 2006.
22. TB/HIV: a clinical manual. Anthony Harries, Dermot Maher and Stephen Graham. WHO, Geneva 2nd ed, 2004.
23. Peter Godfrey-Faussett, Dermot Maher, Ya Diul Mukadi, Paul Nunn, Joseph Perriëns, Mario Raviglione. How human immunodeficiency virus voluntary testing can contribute to tuberculosis control. *Bull World Health Organ* vol.80 no.12 Geneva 2002
24. Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV). Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Marzo 2003
25. Zachariah R, Spielmann MP, Harries AD, Salaniponi FL. Voluntary counselling, HIV testing and sexual behaviour among patients with tuberculosis in a rural district of Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003 Jan;7(1):65-71.
26. Coetzee D, Hilderbrand K, Goemaere E, Matthys F, Boelaert M. Integrating tuberculosis and HIV care in the primary care setting in South Africa. *Trop Med Int Health*. 2004 Jun;9(6):A11-5.
27. Jack C, Lalloo U, Karim QA, Karim SA, El-Sadr W, Cassol S, Friedland G. A pilot study of once-daily antiretroviral therapy integrated with tuberculosis directly observed therapy in a resource-limited setting. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Aug 1;36(4):929-34.
28. Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients. Second edition. WHO/HTM/TB/2004.339
29. AIDS surveillance in the Americas. Annual report, Panamerican Health Organization, UNAIDS. 2004.
30. Pape JW. Tuberculosis and HIV in the Caribbean: approaches to diagnosis, treatment, and prophylaxis. *Top HIV Med*. 2004 Dec-2005 Jan;12(5):144-9.
31. Van der Werf MJ, Yegorova OB, Chechulin Y, Hasker E, Veen J, Turchenko LV. HIV testing practices of TB patients after introduction of a new testing policy in Kiev City, Ukraine. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005 Jul;9(7):733-9.
32. TB/VIH research priorities in resource-limited settings. WHO February 2005.
33. Chimzizi R, Harries AD, Gausi F, Golombe C et al. Scaling up HIV/AIDS and joint HIV-TB services in Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005 May;9(5):582-4.
34. Fujiwara PI, Clevenbergh P, Dlodlo RA. Management of adults living with HIV/AIDS in low-income, high-burden settings, with special reference to persons with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 9(9):946-958. 2005
35. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Regional de Tuberculosis, 2006-2015*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud; 2006.

Anexo I.

MODELOS DE PREGUNTAS EN CONSEJERÍA DE VIH

Las preguntas utilizadas en las sesiones de consejería deben ser abiertas, no deben sugerir las respuestas y deben formularse de una manera progresiva según las respuestas que vaya dando el paciente. Se debe procurar crear un diálogo para que el paciente no perciba que está siendo sometido a una encuesta predeterminada.

Para identificar factores de riesgo relacionados con el uso de sustancias psicoactivas inyectables

- ¿Consume o ha consumido drogas?
- ¿Se ha inyectado drogas alguna vez?
- ¿Ha compartido alguna vez las jeringuillas con otras personas?
- ¿Usa jeringuillas nuevas cada vez?
- Si la respuesta es no o no siempre: ¿Cómo limpia las jeringuillas?
- ¿Se asea la piel antes de aplicarse la inyección?
- ¿Ha intentado dejar de usar las drogas?
- ¿A quién ha acudido en busca de ayuda?
- ¿Qué tanto éxito ha tenido en los intentos previos para dejar la droga?

- ¿Conoce los programas de suministro de jeringuillas?
- ¿Sabe limpiar una jeringuilla usada?
- ¿Ha considerado la posibilidad de cambiar el modo de administración de las drogas?

Para identificar factores de riesgo relacionados con las relaciones sexuales

- ¿Tiene pareja?
- ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales?
- ¿Cuándo fue su última relación sexual?
- ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas diferentes a su pareja?
- ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 6 meses?
- ¿Cambia con frecuencia de pareja?
- ¿Ha tenido o tiene relaciones sexuales con una persona de su mismo sexo?
- ¿Sus relaciones son solo con hombres, solo con mujeres o indistintamente con hombres y mujeres?
- ¿Ha tenido relaciones con penetración?
- ¿Ha realizado o realiza prácticas de sexo oral?
- ¿Ha realizado o realiza prácticas de coito anal?
- ¿Ha usado o usa preservativos?
- ¿Usa preservativos en todas sus relaciones o solo en algunas?
- ¿Usa el preservativo durante toda la relación o solamente al final?
- ¿Usa preservativo con todas sus parejas o solamente con parejas diferentes a su pareja estable?
- ¿Alguna vez ha tenido relaciones con prostitutas?
- ¿Alguna vez le han pagado dinero para tener relaciones?
- ¿Alguna vez ha necesitado prostituirse y por cuanto tiempo?
- ¿Se ha enterado si alguna de sus parejas estaba o está infectada por el VIH?
- ¿Ha mantenido o mantiene relaciones sexuales bajo el efecto de drogas como el alcohol, la cocaína u otras?
- ¿En estos casos, ha tomado las mismas precauciones que cuando no está bajo el efecto de las drogas?
- ¿Ha sufrido alguna infección o enfermedad de transmisión sexual? ¿Cuándo y qué tratamientos recibió?