

La revelación de ser VIH positivo. Datos de pacientes adultos infectados, usuarios de los servicios de seguimiento y tratamiento en una clínica de Barbados

Alok Kumar, Krishna R. Kilaru, Sheila Forde, Geeta Kumari

Resumen

Objetivo: Determinar la extensión de la revelación a las parejas sexuales de su estado de VIH positivos y los factores asociados a ésta. Entrevistamos a adultos infectados que atienden a las clínicas centralizadas de VIH en busca de atención médica para este virus. **Métodos:** Los sujetos fueron pacientes que atendieron a la Unidad de Referencia Ladymead (LRU, por sus siglas en inglés) en busca de atención primaria y tratamiento para su infección de VIH durante los tres meses que comprendió este estudio (de agosto a octubre del 2005). Se les pidió a los pacientes participar en la investigación después de haber recibido atención clínica inicial. Se llevó a cabo una entrevista estandarizada de 30 minutos en relación al historial médico, de comportamiento y social. **Resultados:** Los pacientes del estudio tuvieron las siguientes características: mujeres, 42.7%; hombres, 57.3%; solteros, 84.5%; casados, 11.8%. La media de edad de los entrevistados fue de 35 años de edad, 66.4% estaban empleados. El setenta y nueve por ciento estaba sexualmente activo, y de éstos el 72% tenía una pareja estable, el 61% tenía una o más parejas casuales. Sesenta y cuatro (el 58.2%) de los entrevistados, había revelado su estado de VIH a alguna persona querida. De las sesenta y tres personas con pareja estable el 71.4% había revelado por sí mismo su estado de

VIH a una o más de sus parejas estables. De las cincuenta y tres personas con una o más parejas casuales, el 26.4% había revelado por sí-mismo su estatus a una o varias de sus parejas casuales. Las razones más comunes enumeradas para la no revelación al cónyuge o a la persona querida fueron el estigma/la discriminación, el miedo a la divulgación de la información y el rechazo. **Conclusión:** nuestros hallazgos sugieren que tanto las parejas sexuales de las personas infectadas con VIH con conocimiento, como las que no lo tienen, continúan estando en riesgo de transmisión.

Introducción

La responsabilidad sexual y la revelación honesta de los individuos seropositivos sigue siendo central en la prevención del VIH (1). Sin embargo, entre los individuos sexualmente activos que viven con el VIH existen dificultades prácticas y psicológicas para la revelación de su condición (2). Las decisiones acerca de la revelación del estatus de VIH positivo a la persona querida implican ansiedad, estigma, vergüenza y una multitud de asuntos económicos, psicológicos y emocionales (3, 4). La divulgación a las parejas sexuales puede conducir al aislamiento o, incluso, al abuso físico (4), pero la importancia de la no revelación en términos de la salud pública, depende tanto de la prevalencia como de la peligrosidad de los comportamientos sin revelación. Es decir, no se sabe la extensión en la que el sexo sin revelación es desprotegido en las relaciones sexuales entre parejas serodiscordantes. Estudios previos muestran que el no revelar el estatus de seropositividad a por lo menos algunas de las parejas sexuales es una

Del Hospital "Reina Isabel" y la Escuela de Medicina Clínica e Investigación de la Universidad de las Indias Orientales (Sede Cave Hill), BARBADOS (Indias Orientales)
Autor para correspondencia: ALOK KUMAR
Correo-e: alokkumar.uwichill@gmail.com

práctica común (5-7); que las personas VIH positivas tienden más a revelar su estatus a parejas estables que a parejas no estables (8-10) y que el sexo desprotegido sin revelación ocurre en ambos tipos de relaciones (5-9). En un estudio nuestro, limitado a madres después del parto, encontramos que de entre todas las madres infectadas tan sólo el 28% había revelado su estatus de VIH a algún ser querido (11).

Los datos acerca de las razones para la no revelación entre personas infectadas por VIH en la región del Caribe son limitados (11, 12). Además, se sabe poco acerca de la prevalencia de conductas riesgosas en esta población y de las relaciones sexuales entre parejas serodiscordantes.

En este estudio exploramos la prevalencia y los factores asociados a la no revelación entre adultos infectados con VIH que atienden a la clínica de seguimiento y tratamiento de Barbados. También estudiamos la extensión de las conductas de riesgo en esta población, dado que son propicias para la transmisión del VIH.

Pacientes y métodos

La LRU está ubicada en el jardín Ladymeade de la parroquia de San Miguel. Es la clínica centralizada de VIH/SIDA, pensada para brindar bajo un mismo techo toda la atención ambulatoria y el tratamiento a las personas infectadas del país. El centro es responsable de la evaluación inicial, del seguimiento y del tratamiento de todos los pacientes adultos en Barbados. Las derivaciones a él provienen de un número de fuentes, incluyendo los servicios de pacientes hospitalizados, la consulta externa y el departamento de emergencias del Hospital "Queen Elizabeth"; así como de los centros comunitarios de salud, de los programas de tratamiento de drogas, de los sitios de prueba de VIH, de las prisiones y de los consultorios privados de médicos generales que practican a lo largo de todo el país.

Los sujetos de estudio fueron pacientes que atendieron a la LRU por para recibir atención primaria y tratamiento a su infección de VIH en algún momento durante los tres meses que duró la investigación (de agosto a octubre del 2005). Todos los pacientes que atendieron a la LRU por primera vez durante este período fueron incluidos en el

estudio, las personas que se presentaron más de una vez durante estos tres meses fueron excluidas en sus visitas subsecuentes, por lo tanto, cada sujeto fue incluido solamente una vez. Cada paciente brindó su consentimiento verbal antes de ser considerado, a todos se les aseguró confidencialidad y que su participación (o su negación a la misma) era voluntaria y que no afectaría su tratamiento ni su atención. La aprobación ética para este estudio fue obtenida por parte del Comité de Ética en del Ministerio de Salud, Gobierno de Barbados, a través del Director de Servicios Médicos en la LRU.

Se les solicitó a los pacientes su participación en el estudio después de haberse realizado la atención clínica inicial, que incluye el historial médico, el examen físico y las pruebas de laboratorio. Esta demora permitió que los entrevistadores y los sujetos de estudio se familiarizaran unos con otros, establecieran *rapport* entre sí y que desarrollaran un poco de confianza, facilitando así la comunicación. Los pacientes aceptaron participar en una entrevista semi estructurada de 30 minutos, que tenía como fin sondear su comportamiento sobre: la revelación de su estatus de VIH positivos a personas queridas, así como su historial médico y social. Para optimizar la veracidad de los reportes de los pacientes, las entrevistas fueron llevadas a cabo en contextos privados por uno de los autores de este artículo, quien estaba involucrado en la atención clínica de los pacientes. Se prestó mucha atención en que el entrevistador no fuera crítico y, una vez más, se les aseguró a los participantes que la información recolectada no sería compartida con los demás integrantes del equipo del hospital ni quedaría registrada en su expediente.

El interés principal del estudio era averiguar si las personas infectadas por VIH revelaban este estatus a sus parejas sexuales. Se sondeó acerca de la actividad sexual de los entrevistados a partir del diagnóstico de seropositividad, el número de parejas casuales y estables desde el diagnóstico y la revelación de su estatus de VIH positivos a cada una de estas parejas y a seres queridos (padres, hermanos, hijos y amigos). También se les preguntó sobre las razones para la revelación de su condición o la falta de ésta. Las variables independientes examinadas incluyeron datos sociodemográficos como: edad, sexo, educación (inferior al bachillerato o bachiller graduado), empleo, grupo de riesgo de transmisión de VIH (usuario de drogas intravenosas,

homosexual o heterosexual) y número de parejas sexuales durante el año previo al estudio (1 o ≥ 2), historial de violencia física o sexual, de uso de drogas intravenosas y de consumo de alcohol. La frecuencia del uso del condón fue valorada (todas vs. la mayoría, o ninguna de las veces) y considerada una variable independiente. Las variables clínicas incluyeron los síntomas físicos relacionados con el VIH (clase de enfermedad VIH), duración del diagnóstico de VIH y conteo celular CD4, obtenida a tres meses de la evaluación médica inicial; en caso de haber 2 conteos a disposición se utilizó la media.

Se generaron estadísticas descriptivas para cada variable independiente. Después se realizaron análisis bivariados entre cada variable independiente y el estatus de revelación, utilizando pruebas "t" para muestra independiente y análisis de chi cuadrada para las variables continuas y discretas independientes, respectivamente. El valor de la prueba "t" de $P < .05$ fue considerado estadísticamente significativo. Los datos fueron analizados con el *SPSS statistical software (SAS Institute Inc. Cary, NC)*.

Resultados

En total fueron entrevistadas ciento diez personas infectadas con VIH, quienes se presentaron a la LRU para el seguimiento y la atención de su infección. Los pacientes que formaron parte del estudio representaron al 84% de todas las personas infectadas que se presentaron al LRU para seguimiento y tratamiento por primera vez. No hubo diferencias significativas entre las personas que se enrolaron y las que no lo hicieron en términos de edad, sexo, y categoría de grupo de riesgo. Las características sociodemográficas de la población del estudio se muestran en el Cuadro 1, en la

siguiente página. La edad media de los entrevistados fue de 35 años de edad (rango intercuartil 26- 41 años de edad). Comparadas con los varones, las mujeres tendieron a ser más jóvenes (42.8% vs. 59.6%) y bachilleres (73.1% vs. 87.2%); con menor tendencia a ser solteras (88.8% vs. 78.7%) y con empleo (66.6% vs. 65.9%). Sin embargo, ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa ($P=0.061$). En cuanto al grupo de riesgo de transmisión, todas las mujeres dijeron ser heterosexuales. En cambio, de los hombres, el 79.4% fue heterosexual pero el 20.6 % declaró ser homosexual o bisexual. Nadie aceptó ser usuario de drogas intravenosas, aunque el 14.5% fumaba marihuana.

Cincuenta y tres (48.2%) de los entrevistados fueron diagnosticados por medio de una prueba realizada durante alguna enfermedad sospechosa de estar asociada al VIH, 34 mujeres (30.9%) fueron diagnosticadas durante la orientación y el examen voluntario prenatal, 14 (12.7%) por medio de pruebas voluntarias para personas no embarazadas y con buena salud, el resto fue examinado por razones varias como propósitos de inmigración o seguros. La media del conteo de células CD4 al momento de la entrevista o dentro de los tres meses previos a ésta fue 306 células/microlitro (IQR, 162-412). Cuarenta y dos de los participantes (40.8%) tenía un conteo de < 200 células/microlitro.

De manera global, la media en el periodo desde su diagnóstico y la entrevista fue de 15 meses (rango = 1 mes a 126 meses). La media desde su diagnóstico fue de 18 meses (rango = 1 mes a 126 meses) para las mujeres y 13 meses (rango = 2 meses a 86 meses) para los varones. Ochenta participantes (72.7%) estuvieron en HAART durante la entrevista, incluyendo 31 (61.7%) mujeres y 49 (76.2%) hombres.

Cuadro 1. Características socio-demográficas seleccionadas de los adultos infectados con VIH entrevistados

	Mujeres (n=47)	Varones (n=63)	Total (n=110)
Grupo de edad (en años)			
16-25	6(12.8)	6(9.5)	12 (10.9)
26-35	22 (46.8)	21 (33.3)	43 (39.1)
36-45	15 (31.9)	20 (31.7)	35 (31.8)
46-55	4(8.5)	14 (22.2)	18 (16.4)
56-65	0 (0)	2 (3.2)	2 (1.8)
Estado Civil			
Soltero	37 (78.7)	56 (88.8)	93 (84.5)
Casado	6 (12.7)	7 (11.2)	13 (11.8)
Separado	4 (8.6)	0 (0)	4 (3.7)
Educación			
Primaria	6 (12.8)	17 (26.9)	23 (20.9)
Secundaria	31 (65.9)	34 (54)	65 (39.1)
Bachillerato	10 (21.3)	12 (19)	22 (20)
Empleo			
Empleado	31 (65.9)	42 (66.6)	73 (66.4)
Desempleado	17 (34.1)	20 (33.3)	37 (33.6)

Fuente: Trabajo de campo en la clínica, 2005

En total, 87 (79.1%), 39 mujeres (83%) y 48 varones (76.2%), habían estado sexualmente activos en algún momento desde su diagnóstico (Cuadro 2 en la siguiente página). De entre los sexualmente activos, 45 (52.9%), 18 mujeres (46.2%) y 27 varones (58.4%), habían tenido dos o más parejas sexuales. Sesenta y tres (72.4%) habían tenido una o más parejas

sexuales estables (en sucesión, es decir, una tras otra), y 53 (60.9%) había tenido una o más parejas casuales (la mayoría en sucesión, aunque en algunos casos al mismo tiempo). A comparación de los hombres, las mujeres dijeron tener más parejas estables (68.7% vs. 76.9%) y menos mujeres reportaron parejas casuales (66.7% vs. 57.9%).

Cuadro 2
Estilo de vida seleccionado y características relacionadas con el estatus de VIH de los adultos infectados que fueron entrevistados

	Mujeres n=47	Varones n=63	Total n=110
<i>Sexualmente activo a partir del diagnóstico de VIH</i>			
Sí	39 (83)	48 (76.2)	87 (79.1)
No	8 (17)	15 (23.8)	23 (20.9)
<i>Número de parejas sexuales a partir del diagnóstico (de aquéllos sexualmente activos)</i>			
1	21 (53.8)	20 (41.6)	41 (47.1)
2	5(12.8)	12 (25)	17 (19.5)
≥ 3	13 (33.3)	18 (37.5)	31 (35.6)
<i>Parejas sexuales estables entre los sexualmente activos a partir del diagnóstico</i>			
Sí	30 (76.9)	33 (68.7)	63 (72.4)
Ninguna	9 (23.1)	15 (31.3)	24 (27.6)
<i>Parejas casuales entre los sexualmente activos a partir del diagnóstico</i>			
Ninguna	18 (46.1)	16 (33.3)	34 (39.1)
1	7 (17.9)	9(18.7)	16 (18.4)
2	7 (17.9)	8(16.7)	15 (17.2)
≥ 3	7 (17.9)	15 (31.2)	22 (25.3)

Fuente: Trabajo de campo en la clínica, 2005

Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($P=0.053$). El 50% de las mujeres que contestó haber tenido pareja estable, tuvo más de una en diferentes momentos; el 33% de los varones que reportó haber tenido pareja sexual estable, tuvo más de una pareja en sucesión. Sin embargo, una vez más, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($P=0.66$).

Finalmente, sesenta y cuatro de los entrevistados (58.2%) habían revelado su estatus de VIH a seres queridos, mientras que cuarenta y seis (41.8%) no lo habían hecho a nadie (a excepción de los trabajadores de salud). Sesenta entrevistados (54.5%) habían revelado su estatus de VIH a uno o más miembros de su familia (que no fuera su pareja sexual) y cincuenta y dos (47.2%) habían revelado su diagnóstico a una o más de sus parejas sexuales (Cuadro 3, siguiente página). Todos aquellos que habían revelado su estatus de VIH positivos a una o más de sus parejas

sexuales, también lo habían hecho a uno o más miembros de sus familias. Únicamente una persona había autorrevelado su estatus a su empleador. El patrón de revelación entre las 47 mujeres fue el siguiente: a uno o más miembros de la familia (59.6%), incluyendo hermanas, tías y madres, en ese orden de frecuencia; a una o más parejas sexuales (38.3%); y uno o más amigos (19.1%). El patrón de revelación en el caso de los varones fue el siguiente: a uno o más miembros de la familia (50.8%), incluyendo hermanas y madre, en ese orden de frecuencia; a una o más parejas sexuales (54%) y amigos (28.6%), no hubo diferencias significativas ($P=0.051$) entre los patrones de revelación de los hombres y de las mujeres. De las sesenta y tres personas que tenían pareja estable en el momento de la entrevista, el 31.7% había autorrevelado su estatus de VIH positivo a su pareja. Entre los cincuenta y tres entrevistados que tenían una o más parejas casuales, el 11.3% había autorrevelado su estatus a todas sus parejas casuales y el 18.9%

Cuadro 3
Prevalencia de revelación a seres queridos
entre los adultos infectados con VIH que fueron entrevistados

	Mujeres	Varones	Total
<i>Revelación general a seres queridos</i>	n=47	n=63	n=110
Una o más parejas sexuales	18 (38.3)	34 (54)	52 (47.2)
Uno o más miembros de la familia	28 (59.6)	32 (50.8)	60 (54.5)
Uno o más amigos	9(19.1)	10 (15.9)	19 (17.2)
No había revelado a nadie	15 (31.9)	18 (28.6)	33 (30)
<i>Revelación a parejas sexuales</i>			
<i>Parejas estables</i>	n=30	n=33	n=63
Todas las parejas estables	9(30)	11 (33.3)	20 (31.7)
Algunas parejas estables	13 (43.3)	12 (36.4)	25 (39.7)
Ninguna	8(26.7)	10 (30.3)	18(28.6)
<i>Parejas casuales</i>	n=21	n=32	n=53
Todas las parejas casuales	2(9.6)	4 (12.5)	6 (11.3)
Algunas parejas casuales	5 (23.8)	5 (15.6)	10 (18.9)
Ninguna	14 (66.7)	23 (71.9)	37 (69.8)
<i>Revelación al empleador</i>	n=12	n=19	n=31
Si	0 (0.0)	1 (5.3)	1(3.2)
No	12 (100)	18 (94.7)	28 (96.8)

Fuente: Trabajo de campo en la clínica, 2005

lo había hecho a algunas de ellas; estas diferencias en la tasa de revelación fueron estadísticamente significativas ($P = 0.034$). De las 42 personas con conteos celulares $CD4 < 200$ células/microlitro, 35 (83.3%) habían revelado su estatus de VIH positivo a por lo menos algunas otras personas, en cambio, entre los 61 entrevistados con conteos celulares $CD4$

≥ 200 células/microlitro, 26 (42.6%), habían revelado su status a seres queridos ($p = 0.039$).

De las 23 mujeres que habían revelado su estatus de VIH positivo a sus parejas estables, 10 reportaron que su pareja también había sido examinada, 6 resultaron ser seropositivos. Entre los 25 varones que reportaron haber revelado su estatus a su pareja

estable, 19 fueron examinadas y 6 resultaron positivas a la infección.

Muchos de los entrevistados (71.4%) que no habían revelado su estatus de VIH positivo a seres queridos, dieron más de una razón. Las razones reportadas más comunes para la no revelación al cónyuge o a seres queridos incluyeron: temor a alguna forma de estigma/discriminación (n=33), expresado en declaraciones como “me van a tratar mal”; temor a la divulgación de la información, el ser expuestos ante la sociedad y otras consecuencias negativas (n=28), tipificadas en respuestas como “van a hablar demasiado/van a correr el chisme”; temor al rechazo del cónyuge/pareja sexual o la familia (n=17), expresado en frases como “va a dejar de salir conmigo”; y negación de la infección de VIH (n=13), reflejada en expresiones como “yo no tengo ningún virus”, o “todo va a salir bien”. Otras razones dadas por los entrevistados incluyeron: “necesito trabajar con mis emociones primero” (n=5), “no es asunto de nadie” (n=4), “esa gente no va a poder manejarlo” (n=4), “no quiero perder mi trabajo” (n=3) y “no confío en nadie” (n=3). Casi un cuarto de los entrevistados que no había revelado su estatus no dio razones (n=11). Cerca de un tercio (60.9%) de los que habían revelado su estatus a seres queridos, tampoco dio razones. Los motivos comunes para la revelación fueron los siguientes: Confianza en la pareja o los miembros de la familia (n=37), ejemplificada en respuestas como “confío en él”; la anticipación del cuidado y apoyo por parte de la pareja o miembros de la familia (n=32) expresado en “les digo para que cuiden a mi niño cuando me enferme”; y la protección de la pareja en contra de la posible transmisión del la infección (n=9) reflejada en respuestas como “le dije a mi pareja para que usemos condones cada que tengamos sexo”. Todas a aquellas personas que dieron alguna razón, proporcionaron varias.

La prevalencia en el uso del condón se muestra en la Figura 1 de la siguiente página. En general, de las 87 personas que reportaron haber estado sexualmente activas desde su diagnóstico 17 (19.5%) usaron condones todo el tiempo, 24 (27.6%) usaron condones algunas veces durante la relación sexual en el mes anterior. No hubo diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en el uso del condón durante la relación sexual en el mes anterior (P=0.103). Por otro lado,

tampoco hubo una diferencia significativa en la tasa del uso del condón entre los individuos que habían revelado su estatus a su pareja estable y los que no lo habían hecho (P=0.053). Sin embargo, una proporción significativamente más alta (29% vs. 7.6%) de mujeres que no había revelado su estatus a sus parejas casuales reportó no haber usado condón nunca, a comparación de las que habían revelado su estatus a sus parejas casuales (P=0.02).

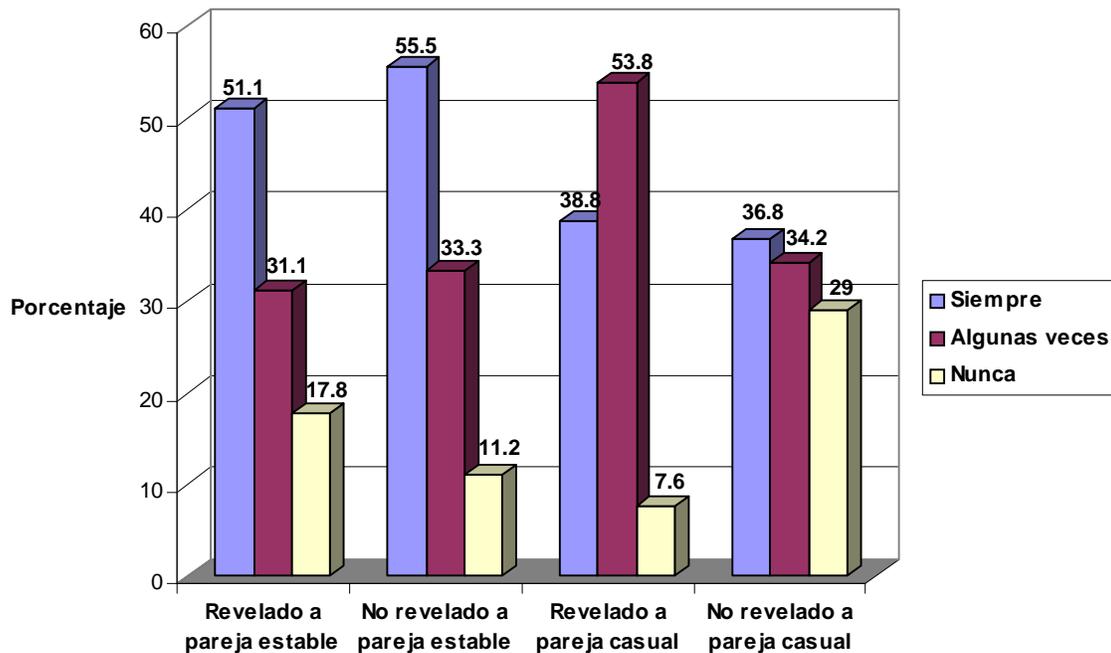
DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que una proporción alta de los infectados están/son sexualmente activos, a menudo con múltiples parejas estables o casuales. Muchos de estos individuos han estado infectados por más de un año y una proporción importante ha progresado a una etapa avanzada de la enfermedad.

Los resultados muestran que los individuos infectados tienen poco conocimiento sobre el estatus de VIH positivo de sus parejas (15). Esto puede influenciar comportamientos sexuales que resultan en transmisión aumentada. Por lo tanto, esta población tiene la combinación de factores adecuada para la transmisión del virus en esta comunidad, a menos de que hagan un esfuerzo de revelación honesta a sus parejas sexuales y practiquen sexo seguro.

Más de dos quintos de todos los nuevos asistentes a la clínica no habían revelado su estatus a ninguna otra persona, excepto al proveedor de atención sanitaria, además, más de tres cuartos de estos nuevos usuarios, infectados con VIH y sexualmente activos, no habían revelado su estatus a una o más de sus parejas sexuales. Existen varios factores que desmotivan a la gente a revelar su estado de VIH, primero, hay consecuencias psicológicas que acompañan a la revelación, especialmente el riesgo al rechazo. Las razones para la no-revelación a personas queridas y cónyuges brindadas por los entrevistados habla de los muchos modos en que se manifiesta este miedo. A pesar de que estos temores pueden ser miedos percibidos, existen consecuencias psicosociales reales de la autorrevelación (2, 4, 16). También, hay ramificaciones sociales prácticas, como encuentros sexuales deseados, que pueden ser interrumpidos,

Figura 1. Uso del condón entre individuos infectados con VIH y revelación del estado de VIH.



apoyo financiero a la enfermedad que puede ser negado, etc. Tercero, los individuos infectados pueden racionalizar la responsabilidad de la protección asumiendo que recae en cada individuo. ¿Para qué arriesgarse a las pérdidas descritas? Quizá aquéllos que no revelan su estatus creen que no ponen a otros en riesgo o que el riesgo es mínimo porque evitan ciertas prácticas de alto riesgo, como el sexo anal, o porque usan condones de manera regular. Sin embargo, se ha argumentado que sus parejas quisieran saber su estatus de VIH, positivo, incluso dentro del contexto del sexo seguro. Además, los individuos infectados tienen poco conocimiento sobre el estatus de sus parejas (15).

En nuestro estudio, la revelación a las parejas sexuales casuales fue significativamente menos común a comparación de la revelación a parejas sexuales estables, por lo que puede concluirse que los individuos pueden sentir diversos niveles de responsabilidades con diferentes parejas. Encontramos que es más probable que tanto los hombres como las mujeres revelen su estatus a sus parejas estables, que a las casuales. Otras

investigaciones han encontrado que los hombres homosexuales tienden a revelar su estatus más a parejas estables que a parejas casuales o no primarias (5, 6, 13, 14). Una menor frecuencia en la revelación a parejas casuales, a comparación de la hecha a parejas estables, ha sido reportada en otro estudio también (17). Sin embargo, debe mencionarse que hay por lo menos un reporte que encuentra una tasa de mayor de revelación a parejas casuales, en comparación de la hecha a parejas sexuales estables (18). Estos reportes han indicado que los investigadores que estudian la conducta de revelación deben estar conscientes de los contextos de revelación variables, así como de las consecuencias emocionales que impactan sobre la toma de decisión dentro de éstos.

No encontramos alguna diferencia significativa en la frecuencia de actividad sexual protegida entre aquéllos que habían revelado a sus parejas sexuales, con respecto a los que no lo habían hecho. En cualquiera de estas dos categorías, únicamente la mitad de los individuos usó condones de manera consistente durante la relación sexual con su pareja

estable y poco más de un tercio usó condones de manera consistente durante la relación sexual con su pareja casual. Es decir, la revelación por sí misma no trae consigo un cambio automático en la conducta sexual; como también ha sido demostrado en otros estudios (19, 20). Las intervenciones en hombres seropositivos que, principalmente, se centran en aumentar la frecuencia de la revelación del estatus a parejas sexuales, no necesariamente reducen la prevalencia del sexo desprotegido. Se necesitan intervenciones que trabajen sobre los procesos sociales y psicológicos que hacen surgir patrones de conducta riesgosos entre los hombres infectados con VIH. Es decir, intervenciones conductuales para mejorar las habilidades de comunicación sobre el sexo seguro con sus parejas sexuales para ayudar a reducir la transmisión del VIH. Este punto debe ser parte de los programas generales de intervención sobre esta población. En este momento es oportuno señalar que los participantes en el estudio no habían tenido intervenciones psicológicas o conductuales más allá de la orientación ofrecida antes y después de la realización de la prueba de VIH.

Los hallazgos de este estudio son especialmente importantes en la coyuntura actual, en la que los países luchan en contra de la epidemia de VIH/SIDA y los gobiernos hacen un gran esfuerzo en contra de esta enfermedad. En Barbados existe una excelente red de centros de salud a cargo del Estado, de fácil acceso y que brindan atención sanitaria eficiente a la población. También se ofrece orientación psicológica voluntaria y la realización de pruebas de VIH en todos estos centros de salud y a través de los consultorios privados de médicos generales, de instalaciones centralizadas para la atención y el tratamiento de las personas infectadas con VIH, que incluyen al HAART. Lo que es aún más sorprendente es que estos servicios no tienen un costo directo para el público al momento de la atención. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio dejan ver la necesidad de la asignación de más recursos y mayores esfuerzos para la reducción de la estigmatización del VIH/SIDA y el apoyo a las personas infectadas, con el fin de ayudarles a manejar el estrés de la revelación y a trabajar sobre sus preocupaciones sociales y económicas. Tareas aún pendientes a pesar del surgimiento del HAART. Por otro lado, hay una necesidad urgente de fortalecer al sistema de orientación y apoyo en la

comunidad de seropositivos, con el fin de ayudarles a tomar la decisión de la revelación. La estrategia actual, que se centra en la orientación previa y posterior a la prueba, necesita cambiar. Es necesario incluir orientación psicológica integral, que se repita después del diagnóstico, con el fin de ayudar a lidiar con las situaciones que surgen en la vida cotidiana y mejorar la capacidad y la confianza de los individuos infectados en el manejo de esta enfermedad, tan fuertemente estigmatizada.

Referencias

1. Bayer R. AIDS prevention: sexual ethics and responsibility. *N Engl J Med.* 1996; 334:1540-1542.
2. Siegel K, Lekas HM, Schrimshaw EW. Serostatus disclosure to sexual partners by HIV-infected women before and after the advent of HAART. *Women Health.* 2005;41(4):63-85.
3. Ortiz CE. Disclosing concerns of Latinas living with HIV/AIDS. *J Transcult Nurs.* 2005 Jul;16(3):210-7.
4. Gielen AC, McDonnell KA, Burke JG, O'Campo P. Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. *Matern Child Health J.* 2000 Jun;4(2):111-20.
5. Marks G, Richardson JL, Maldonado N. Self-disclosure of HIV infection to sexual partners. *Am J Public Health.* 1991; 81:1321-1322.
6. Mansergh G, Marks G, Simoni JM. Self-disclosure of HIV infection among men who vary in time since seropositive diagnosis and symptomatic status. *AIDS.* 1995; 9:639-644.
7. Simoni JM, Mason HR, Marks G, Ruiz MS, Reed D, Richardson JL. Women's self-disclosure of HIV infection: rates, reasons, and reactions. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63:474-478.
8. Stein MD, Freedberg KA, Sullivan LM, et al. Sexual ethics. Disclosure of HIV-positive status to partners. *Arch Intern Med.* 1998;158:253-257.
9. Wolitski RJ, Rietmeijer CA, Goldbaum GM, Wilson RM. HIV serostatus disclosure among gay and bisexual men in four American cities: general patterns and relation to sexual practices. *AIDS Care.* 1998;10:599-610.
10. Niccolai LM, Dorst D, Myers L, Kissinger PJ. Disclosure of HIV status to sexual partners: predictors and temporal patterns. *Sex Transm Dis.* 1999;26:281-285.
11. Kumar A, St. John MA. Knowledge, attitude and practice among HIV infected women with repeated childbirths in Barbados. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents and Children* 2001; vol. 4, No2/3: 53-63.

12. Kumar A, Bent V. Characteristics of HIV-infected childbearing women in Barbados Rev Panam Salud Publica 2003 Jan;13(1):1-9
13. Hays RB, McKusick L, Pollack L, Hilliard R, Hoff C, Coates TJ. Disclosing HIV seropositivity to significant others. AIDS. 1993;7:425-431.
14. Stempel RR, Moulton JM, Moss AR. Self-disclosure of HIV-1 antibody test results: The San Francisco General Hospital Cohort. AIDS Educ Prev. 1995;7:116-123.
15. Niccolai LM, Farley TA, Ayoub MA, Magnus M, Kissinger PJ. HIV-infected persons' knowledge of their sexual partners' HIV status. AIDS Educ Prev. 2002 Jun;14(3):183-9.
16. Gielen AC, O'Campo P, Faden RR, Eke A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. Women Health. 1997;25(3):19-31.
17. O'Brien ME, Richardson-Alston G, Ayoub M, Magnus M, Peterman TA, Kissinger P. Prevalence and correlates of HIV serostatus disclosure. Sex Transm Dis. 2003 Sep;30(9):731-5.
18. Parsons JT, Missildine W, Van Ora J, Purcell DW, Gomez CA; Seropositive Urban Drug Injectors Study. HIV serostatus disclosure to sexual partners among HIV-positive injection drug users. AIDS Patient Care STDS. 2004 Aug;18(8):457-69.
19. Crepaz N, Marks G. Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. AIDS Care. 2003 Jun;15(3):379-87.
20. Marks G, Crepaz N. HIV-positive men's sexual practices in the context of self-disclosure of HIV status. J Acquir Immune Defic Syndr. 2001 May 1;27(1):79-85.
21. Kilaru KR, Kumar A, Sippy N, Carter AO, Roach TC. CD4 cell counts in adults with newly diagnosed HIV infection in Barbados. Pan-American Journal of Public Health,. 2004;16(9):718-725

