

Modelo de intervención en consejería grupal como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento

Gladys Garay Sánchez, Ed.D.
Profesora y Consultora Independiente
Educatora en Ciencias de la Salud Pública y la Conducta Humana
ggscuartest@yahoo.com

Angel Villafaña Santiago, Ed.D., MRC
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras
angelpr39@gmail.com

María T. Miranda Ortiz, Ph.D., MD.
Docente
Escuela de Tecnología Médica
Facultad de Ciencias y Tecnología
Universidad Interamericana Recinto Metropolitano
mmiranda@metro.inter.edu

Rafael Tosado Acevedo, Ph.D.
Docente
Escuela de Tecnología Médica
Facultad de Ciencias y Tecnología
Universidad Interamericana Recinto Metropolitano
rtosado@metro.inter.edu

Resumen

Este artículo trata sobre la reducción del riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo. Mediante el diseño y aplicación de una consejería grupal a mujeres de algunos Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud de Puerto Rico, se determinó el alcance del modelo de intervención. Se produjeron cambios significativos en la conducta sexual de las participantes. Se observó una mejoría en su autoestima y hubo cambios significativos en cuanto a sus creencias, su conducta sexual y el tratamiento. Mostraron actitudes positivas al considerar la posible revelación de su diagnóstico de VIH y adquirieron destrezas para la reducción del riesgo en la conducta sexual. Palabras claves: conducta sexual de riesgo, VIH/ SIDA, comportamiento sexual, estrategias de cambio, consejería grupal

Abstract

This article is about risk reduction in sexual behavior of women receiving treatment for HIV. The impact of group counseling for women at several of the Department of Health's Centers for Treatment and Prevention of STDs is described in this paper. Changes in sexual behavior were observed as well as improvements in self-esteem, beliefs about sexual behavior, HIV treatment, and attitudes towards revealing their HIV diagnosis.

Key words: risk sexual behavior, HIV/ AIDS, sexual behavior, change strategies, group counseling

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) produce una condición de salud que afecta a las personas en su aspecto biopsicosocial. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la tercera causa de muerte de las mujeres estadounidenses entre las edades de 25 a 34 años (McDonnell, Dilorio & Magote, 2006). De acuerdo con las estadísticas de VIH/SIDA en el año 2005, el contacto heterosexual fue el responsable del 80% de las infecciones nuevas diagnosticadas (CDC, 2007). El Informe de Vigilancia Sida del Departamento de Salud de Puerto Rico (enero, 2008) establece que el 82% de las mujeres con SIDA se encuentran entre las edades de 20-49 años. Esto sugiere que éstas contrajeron el VIH en edades más tempranas.

De acuerdo a estudios realizados la mujer tiene dos veces la probabilidad de adquirir la infección en comparación con los hombres (Hammer, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Este aumento es debido a la susceptibilidad en contraer infecciones genitales debido a las características anatómicas; ya que el sistema reproductor de la mujer es interno. Esto facilita que el semen contagiado con el VIH pase a la mucosa y a las paredes genitales femeninas (Ide, Sanford & Alpern, 2000).

Tomando en consideración la forma en que las personas se contagian (sangre, líquidos corporales y madre a hijo) el Centro de Control de Enfermedades (2008) y Hammer (2005), señalaron que la cantidad de virus puede ser medida mediante una muestra de sangre para procesar la carga viral. Wilson, et al. (2002) señalan que la cantidad de virus tiene como consecuencia una reducción de las células defensoras, un aumento en la infección y en el riesgo de transmisión al compañero sexual. McDonnell, Dilorio y Magote (2006) señalan que una carga viral baja correlaciona directamente con cantidades bajas de virus en el semen, los líquidos vaginales y la incidencia de transmisión sexual. Ello redundaría en una cantidad alta de células defensoras (CD⁴⁺).

Existe evidencia científica que señala que, debido a que la mujer con el VIH/ SIDA recibe tratamiento clínico continuo, tiene grandes expectativas de vida y no muere con la frecuencia observada en las últimas décadas (Demmer, 2002; Erbeling, 2001; McDonnell et al., 2006 & Richardson, Milan, et al., 2004). Esta situación puede propiciar el que estas mujeres exhiban una conducta sexual riesgosa porque tienen controlada la infección con el VIH (Carr Paxton & Drew, 2002) lo cual resulta ser aún más preocupante cuando investigaciones han revelado que la conducta de alto riesgo aumenta cuando la mujer con el VIH participa del tratamiento clínico continuo y reduce su preocupación por la infección con el virus y en consecuencia, su conducta sexual (Demmer 2002; Fortenberry 2002; Kalishman 1999; Wilson, Gore, Greenblatt y Cohen 2004). Erbeling (2001); Fortenberry (2002); McDonnell y otros (2006); Weinhardt y otros (2004), Wilson y otros (2004) coinciden en que el tratamiento clínico continuo favorece el comportamiento sexual riesgoso, ya que, al restaurar su salud la persona comienza a considerar las actividades sexuales.

En Puerto Rico, de acuerdo con el Informe HARS *Reporting System* (junio, 2003- enero, 2008), las mujeres constituyen el 31% de los casos confirmados de infección con el VIH. Estos datos demuestran que las mujeres han estado activas sexualmente y pueden estar exhibiendo un comportamiento sexual de riesgo. Este planteamiento está basado en el hecho de que las decisiones sexuales de las mujeres con el VIH están enmarcadas en su contexto sociocultural (Rivero Vergne, 1995), como respuesta al uso de medicamentos antivirales, al uso de protección sexual y en lo relacionado a su decisión de divulgar o no su diagnóstico clínico de VIH. A este respecto, Paiva, Rosario Latorre, Gravato y Lacerda (2002) coincidieron en que el

contexto sociocultural en la mujer con el VIH es determinante en la dimensión de su vida sexual.

Por tal motivo se puede asumir que existe una asociación fuerte entre el aumento de la carga viral y el aumento en el riesgo de transmisión heterosexual. Diamond y (2005) y Rivero Vergne (1995) exponen que cuando esta situación se produce, la mujer con el VIH no se percibe vulnerable. De acuerdo con González (2002), las mujeres puertorriqueñas con el VIH ocultan su condición de salud porque están convencidas que la divulgación producirá una situación de confrontación con su pareja para llevar a y por esto no dialogan sobre sus condiciones de salud.

Debido a lo anteriormente expuesto es que se han promulgado leyes para proteger la confidencialidad, también el sistema gubernamental ha desarrollado programas para la prevención y el tratamiento de las personas no infectadas, infectadas o afectadas por el VIH/SIDA.

Como consecuencia se han desarrollado estrategias de prevención y de manejo de las conductas sexuales, como la consejería grupal. Esta es una estrategia para la adquisición de información, el desarrollo de propósitos y destrezas de vida. Glasser (2000) señaló que la experiencia grupal es un mecanismo adecuado para que la persona asuma la responsabilidad de sus acciones, hable de sí mismo y exprese sus emociones. Tomando esto en consideración, se realizó una investigación donde se diseñó y aplicó un modelo de consejería grupal para mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA en tratamiento clínico continuo.

Propósito

Esta investigación tuvo el propósito de diseñar y aplicar un modelo de intervención de consejería grupal para conocer el efecto del tratamiento clínico continuo en la conducta sexual de la mujer con el VIH y el impacto del modelo de consejería grupal en la conducta sexual de riesgo.

Metodología

Se utilizó un enfoque multimétodos (Ary, Jacobs & Razavieh,, 1989; Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2003) para llevar a -cabo este estudio. En la primera fase se diseñó un grupo focal siguiendo las recomendaciones de Krueger y Casey (2000) para obtener información sobre la conducta sexual que presentaban las mujeres con el VIH en tratamiento clínico continuo. El análisis del contenido de las expresiones de estas participantes permitió la categorización y abstracción de los temas de las sesiones grupales. La segunda fase consistió en el diseño y la aplicación de un modelo de intervención de consejería grupal y la administración de un cuestionario.

Las sesiones tuvieron una duración promedio de 80 minutos. En las sesiones participó un promedio de cinco mujeres con el VIH que se encontraban en tratamiento. Gladding (2004) plantea que para trabajar un cambio en la conducta y las actitudes mediante la consejería grupal se requiere de una serie de intervenciones. Por esta razón, se desarrollaron nueve sesiones

consecutivas, una por semana. En esta fase, las mujeres que participaron en el grupo focal no estuvieron en las intervenciones grupales.

La recopilación de la información en los grupos focales se llevó a cabo mediante preguntas abiertas tales como las siguientes: ¿cómo eran sus conductas sexuales antes y después de adquirir la condición del VIH?, ¿Qué desean hacer sexualmente?, ¿Cómo desarrollan su autoprotección?, ¿Cómo expresan su amor sin tener riesgos?, ¿Qué riesgos se encuentran al llevar a cabo prácticas sexuales?, ¿Qué ventajas y limitaciones tiene el revelar el diagnóstico?, ¿Cuáles son los beneficios de revelarlo?, ¿Qué destrezas se pueden desarrollar para reducir la conducta sexual de riesgo?. También se consideraron las respuestas de las participantes, las anotaciones y las observaciones hechas por la investigadora. Luego se procedió al análisis de la información abstraída del grupo de consejería y a una triangulación de la información conjuntamente con los resultados del cuestionario y la revisión de literatura.

El cuestionario incluyó información sociodemográfica y de salud en cuanto a aspectos clínicos de la condición del VIH (primeras ocho premisas). La segunda parte recopiló información sobre la actividad sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo (comprende once reactivos). La tercera parte contenía datos sobre diferentes aspectos de la conducta sexual que se midieron a través de una escala de sí o no. Entre los temas que se resaltaron en los reactivos se incluyeron la conducta sexual y de pareja (el riesgo sexual) y las prácticas sexuales desarrolladas. Aparecen los reactivos sobre el uso de protección sexual y la revelación del diagnóstico clínico a su pareja. Se incluyeron reactivos sobre la conducta sexual y su relación al tratamiento clínico continuo, si el tratamiento precipita la conducta sexual sin protección, si la mujer se protege mientras está en tratamiento clínico continuo y si el tratamiento afecta las actitudes y su conducta sexual.

Muestra

El modelo de consejería grupal se desarrolló con ocho participantes de un Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud de Puerto Rico. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer con el VIH, estar en tratamiento clínico continuo y estar activa sexualmente. El grupo fue homogéneo debido a que ellas adquirieron la condición por contacto heterosexual y estaban en edad reproductiva. Los criterios de exclusión fueron: contagio homosexual y por adicción. El tamaño promedio de la muestra fue de ocho mujeres con el VIH.

Procedimientos

Una vez se obtuvo autorización de las diferentes entidades para realizar la investigación, se procedió a la promoción para llevar a cabo la investigación, cernimiento de las candidatas y reclutamiento de las participantes. A las mujeres que aceptaron colaborar en el estudio se les presentó la hoja de consentimiento informado en la que se explicaba el propósito y beneficios del estudio, en qué consistiría su participación y aspectos de confidencialidad. Ellas completaron

un relevo de responsabilidad para propósitos de necesitar intervención en crisis y un contrato como compromiso de participar en el grupo.

Aunque las mujeres habían aceptado participar en el estudio, siempre se les ofreció la oportunidad de retirarse del mismo cuando lo creyeran conveniente debido a que se estaba grabando en cinta magnetofónica, decisión que no afectaría su tratamiento en el CPTET.

La intervención de consejería grupal se guió por la Teoría de la Elección de Willian Glasser (2000) y se utilizaron las condiciones medulares de consejería. En la primera etapa del proceso de ayuda las participantes establecieron sus metas para lograr un cambio en su conducta sexual. De esta forma las mujeres establecieron lo que querían y necesitaban del proceso de grupo. Luego se administró el cuestionario. En la segunda etapa de la consejería se condujo a las participantes a explorar sus conductas presentes para que se enfocaran en la dirección que iban a tomar y qué harían con su salud sexual.

Es en la tercera etapa que las participantes tuvieron la oportunidad de evaluar sus acciones para establecer un plan que les facilitaba el sentido de pertenencia, el poder, la libertad y el disfrute de su conducta sexual. Una vez establecido el plan, se estimuló a que las participantes desarrollaran un compromiso con su vida. A través de la consejería grupal se resaltó el poder y la responsabilidad de la mujer para cambiar su conducta sexual riesgosa. Se intervino para reducir la conducta sexual riesgosa mediante el desarrollo y la adquisición de las destrezas personales.

Datos socio demográficos y de salud

La edad promedio de las participantes en el estudio fue de 35 - 45 años. Las prácticas sexuales dominantes fueron las relaciones sexuales vaginales (100%) y el sexo oral (88%). Al inicio de la consejería grupal, el 38 % de las mujeres reportó llevar a cabo relaciones sexuales anales de riesgo (38%). Se observó una reducción significativa en estas prácticas después de las intervenciones donde reportaron un por ciento menor (14%). Al inicio de la consejería grupal el 38% de las participantes practicaban la masturbación mutua, pero al concluir las sesiones, sólo el 14% las llevaba a cabo.

En cuanto al estado de salud, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH fue de cuatro a ocho años y recibían tratamiento clínico de uno a tres años. La mayoría de las participantes tenían un conteo de células CD⁴⁺ mayor de 500 y una carga viral no detectable, menos de 75 copias. Estos indicadores del estado de salud son relevantes debido a que puede influir en el nivel de su autoestima. Si la persona mantiene su cantidad de virus baja y controlada conjuntamente con una cantidad de defensas adecuadas se sentirá más saludable, lo que le conduce a exhibir una autoestima alta (Díaz Vázquez, 2007).

Hallazgos

Para conocer el impacto del modelo de intervención en consejería grupal, como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico

continuo, fue necesario estudiar los diferentes temas que influyen en la conducta sexual exhibida. Según Rachel (2006) la autoestima de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo determina la conducta sexual a exhibir. Esto se evidencia a través de algunas de las expresiones de las participantes cuando reconocían ser entes sexuales y continuaban con su vida sexual. Las siguientes expresiones recogen el planteamiento: “Antes no necesitaba medicinas y andaba con quién me gustara, las cosas han cambiado; ahora no estoy con cualquiera, pero me doy mi gustazo cuando lo necesito y casi siempre uso condones”. Otra de las participantes expresó que “mamar el pingo también es una alternativa pa’ cuando él no quiere usar el condón”; “si se tiene el virus controla’o y aunque no se use el condón, usando las pastillas, la relación por detrás es menos riesgosa, aunque incómoda”. A estas expresiones otra de ellas añadió que:

“a los hombres lo que les gusta es que les den pa’ bajo” [sic], queriendo decir, “que se lo mamen y que una se deje chichar” [sic]. “lo que les gusta es que una se deje penetrar por donde ellos quieran y que se lo tengan en movimiento todo el tiempo” [sic].

Estas expresiones reflejan que las participantes del grupo presentaban una autoestima afectada, lo que les impedía sentirse libres sexualmente y la argumentación de ideas incorrectas en términos del manejo de una sexualidad de menor riesgo. Esto también se evidenció cuando expresaron que tenían relaciones sexuales, pero se sentían asustadas durante el acto porque tenían temor de contagiar a su pareja y señalaron que, “al tener la relación, me da como un susto porque tengo miedo de contagiarlo”; “tengo miedo de que pueda contagiar a mi esposo porque me sentiría culpable de lo que le pase por mi culpa”.

Al aplicar el modelo de intervención en consejería grupal se observó un cambio en su forma de pensar para reducir el riesgo en su conducta sexual. Esto se observó cuando señalaron “ahora yo me siento más segura de que no puedo tener las relaciones sexuales sin protección y no me siento culpable, ni obligada como mujer a tener el acto cuando no uso el condón”; “soy joven y tengo que gozar el sexo, pero con cuidado”; “me gozo hasta más no poder con condones” y “soy responsable al tener mis relaciones sexuales”. También indicaron “ahora tenemos que protegernos más y tener siempre en mente el usar condones, y no sólo dejarnos llevar por la tentación y a lo rápido (a lo loco)”. De esta forma las participantes manifestaron responsabilidad, seguridad y compromiso en términos del manejo de su sexualidad.

Ideas erróneas sobre la conducta sexual

Otro tema explorado para medir el impacto del modelo de consejería grupal, como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo fue el de las ideas erróneas sobre la conducta sexual y sobre la protección sexual. El hallazgo en este estudio demuestra que las mujeres tenían ideas incorrectas sobre la conducta sexual. Este mismo hallazgo fue encontrado en el estudio de Chiou y otros (2004) con una muestra de mujeres con VIH, que debido a su baja autoestima y sus ideas erróneas relacionadas a la sexualidad no revelaban el diagnóstico a su pareja, ni se protegían, mostrando así conductas de riesgo. Esto se evidencia a través de las expresiones de las participantes cuando explicaron qué ocurría cuando su pareja también tenía la condición. “Ya no tiene que

haber tanta protección sexual, ya no tiene de qué preocuparse porque los dos están infectados”, “sería mejor así porque no tendrían a qué temerle en la relación”, “todo depende de la carga viral y el tratamiento de él y las defensas tuyas, porque le puedes transmitir una mayor cantidad de virus, pero si el virus está controlado, todo estaría bien”. La realidad es que son ideas incorrectas sobre el manejo del VIH/SIDA debido a que el mantener relaciones sexuales con otra persona infectada aumenta el riesgo de una superinfección.

Cuando se analizan las distintas variables que pueden incidir en una conducta de riesgo el disfrute sexual de algunas mujeres se puede afectar. Algunas de las participantes durante el acto sexual tenían la intención de usar un condón, pero no siempre lo hacían. Esto se observa en las siguientes expresiones: “cuesta siempre tener que usar un condón; por eso, soy honesta no siempre lo uso”, “como estoy en medicamentos y tengo mis defensas altas, no necesito siempre los condones”, “porque a veces no se tiene el condón y una ya está caliente [sic]”. En el estudio de Paiva y otros (2002) y de Weinhardt y otros (2004) se obtuvo un resultado similar cuando las mujeres con el VIH informaron estar orientadas a cómo proteger a su pareja, reconociendo la importancia de utilizar el condón, sin embargo la conducta sexual riesgosa era la que predominaba.

Es probable que por esta razón, alguna de las participantes del estudio llevara a cabo el acto sexual y no se protegiera siempre, tal vez tratando de lograr el disfrute en su libertad sexual. McDonnell y otros (2006) informaron un hallazgo similar en su estudio, cuando observaron que las mujeres se desanimaban cuando debían llevar a cabo las prácticas sexuales que reducían el riesgo de contagio.

En cambio, tras la aplicación del modelo de consejería, las participantes mostraron más control y firmeza en las decisiones y un mejoramiento en la comunicación con la pareja. Este planteamiento se sustenta en una dramatización hecha por las mujeres en las que daban respuestas a los comentarios despectivos de las parejas cuando les mencionaban que querían usar el condón. Sus respuestas eran firmes para mantener el control de la relación:

“¿Con quién tú estás?”; decirle al oído, “sabes que te amo y nunca estaría con otro, amándote”. “¿estás diciéndome que yo estoy engañándote?”; o “sé que me amas y sé que no estarías con otra, amándome”.

Este hallazgo es acorde con los estudios de McDonnell y otros (2006) y Wubbolding y Brickell (2005) que encontraron que la intervención de consejería grupal es una estrategia efectiva para lograr cambios en la conducta sexual de riesgo.

Durante el desarrollo de la intervención de consejería grupal se demostró que la participación de las mujeres facilitó cambios significativos en la conducta sexual. Ello se evidenció cuando las mujeres informaron que habían reducido las prácticas sexuales de mayor riesgo, reconocían que tenían que utilizar el condón y que la comunicación con su pareja había mejorado hasta el punto de considerar revelar su diagnóstico, facilitando mejorar la autoestima. Evidencia de esto son las siguientes expresiones:

“ahora le digo a mi esposo que nos tenemos que proteger con más carácter”; “ya le dije que si no compra los condones con las franjas no le voy a hacer el felacio” [sic], (lamer y chupar el pene) y “al mío le dije anoche que no quería tener la relación porque él no se quiere proteger, y se quedó sin gozar” [sic]. Es importante señalar que algunas de las participantes desarrollaron prácticas sexuales de menor riesgo como besos en el cuerpo, abrazos y fantasías.

El análisis de las sesiones grupales mostró que las mujeres con mayor tiempo en tratamiento clínico continuo llevaban a cabo prácticas de mayor riesgo sexual. Resultados similares a éstos fueron descritos por McDonnell y otros (2006), Weinhardt y otros (2004) y Wilson y otros (2004), al señalar que el tratamiento clínico continuo reduce la preocupación por la infección con el virus, descuidando así la conducta sexual responsable.

La información revela que si la mujer lleva más tiempo con la infección puede descuidar su conducta sexual, por sentirse confiada con el tratamiento clínico continuo y usar un condón, sólo a veces. Por esta razón, McDonnell y otros (2006), Richardson y otros (2004) y Wubbolding y Brickell (2005) recomendaron llevar a cabo sesiones de consejería grupal para reducir el riesgo en la conducta sexual.

Aunque alguna de las participantes señaló que llevaba a cabo prácticas sexuales seguras en sus relaciones, incluyendo el uso del condón, hubo quienes consideraron que no se tenían que proteger sexualmente por estar en tratamiento clínico continuo, percibiendo que el tratamiento representaba una forma de reducción del riesgo sexual. Este hallazgo se avala con la expresión de “voy al grano ante lo que sea con el uso del condón si se tiene, porque me tomo siempre los medicamentos de la condición”.

McDonnell y otros (2006) y Weinhardt y otros (2004) informan un hallazgo similar cuando señalan que participar del tratamiento clínico continuo reduce el riesgo sexual.

Los hallazgos de que las mujeres exhibían una conducta sexual a riesgo por sus prácticas sexuales y que mediante su participación en consejería las modificaron, muestran el impacto del modelo de intervención en consejería grupal para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo.

Por lo tanto, se consideró que la participación de las mujeres en el grupo demostró cambios en las ideas y actitudes sobre el uso de condones y las prácticas sexuales. Estos resultados coinciden con los expresados por Morales (2005) quien consideró que las intervenciones conductuales reducen la práctica de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Hammer (2005) también apoyó este planteamiento cuando estableció que la consejería grupal es una medida adecuada para conseguir adherencia a las prácticas sexuales de menor riesgo.

Otro hallazgo importante, no esperado fue el de la revelación de diagnóstico a la pareja. Las mujeres expresaron su preocupación de que si le revelaban el diagnóstico a su pareja, ésta las rechazaría, por lo que algunas no lo hacían. Señalaron que: “es mejor esperar a tener una relación más formal porque si uno le dice, lo digo por mi experiencia, te dejan, ¡me han dejado dos veces!”. “Si le dices, corres el riesgo de que te abandonen o te rechacen estando juntos, o que te tengan pena”.

En el estudio de Varas Díaz y otros (2004), un hallazgo similar representó ser una consecuencia del estigma al observarse el deterioro de la relación interpersonal. Según Simbayi y otros (2007), el no revelar el diagnóstico a la pareja y no protegerse sexualmente indica poseer autoestima baja. Esto demuestra que estas mujeres pueden sentirse auto estigmatizadas por su infección con el VIH. Este planteamiento se evidencia por la expresión: “ahora vivo, pero tengo miedo de que pueda contagiar a mi esposo porque me sentiría culpable de lo que le pase por mi culpa.” “Si no se dice y se descubre, te puede golpear”.

Hallazgos similares a los de este estudio se observaron en otros estudios que señalan que las mujeres omitían el diagnóstico a su pareja por temor al rechazo, al abandono y a ser víctimas de actos de violencia, reduciendo exhibir una conducta sexual de menor riesgo (Diamond et al., 2005; McDonnell et al., 2006; Pugatch et al., 2004; Simbayi et al., 2007; Weinhardt et al., 2004).

Tal vez por esta razón, cinco de las participantes del grupo de sesiones informativas reportaron que omitir el diagnóstico denotaba temor en la pareja. Este planteamiento se recoge en expresiones como: “me daba miedo decirle”; “si uno no está segura de que lo ama, mejor es no decirle”. Esto reafirma el hecho de que algunas mujeres ocultaban la condición a su pareja por temor (Varas Díaz y otros, 2004).

Las participantes informaron que si recaían en la condición no podían recibir el apoyo adecuado; ya que, su pareja desconocía lo que les estaba sucediendo. Otras indicaron que “ayuda el saberlo para no crear las resistencias al medicamento y prevenir embarazos”; “la pareja necesitaría utilizar protección sexual siempre”. Los hallazgos de este estudio muestran que algunas mujeres con el VIH desconocen las implicaciones de revelar u ocultar el diagnóstico a su pareja sexual y cómo manejar esta situación. Esta información es muy relevante debido a que confirma lo que Simbayi y otros (2007) informaron en cuanto a que las mujeres ocultaban el diagnóstico porque carecían de las destrezas necesarias para llevar a cabo el proceso de revelar su diagnóstico.

En cambio, tras aplicar el modelo de consejería se observó que algunas mujeres presentaron las características de haber mejorado su autoestima; ya que, le revelaron el diagnóstico a su pareja y no se sentían culpables de llevar a cabo relaciones sexuales. Estos comentarios explican el planteamiento; “ya tú sabes lo que ocurre si él no se protege, los riesgos y las consecuencias, es cuestión de que tú decidas, qué hacer”. “Como hemos aprendido, recuerda que tú eliges”, “es una persona maravillosa y no quiero contagiarlo, sobre todo me quiere y me acepta con mi condición”.

Por consiguiente, mostraron cambios en su actitud en cuanto a la revelación del diagnóstico y en las destrezas desarrolladas para reducir el riesgo en su conducta sexual. En la fase final de consejería grupal, la mayoría de ellas informó que siempre mencionan a su pareja sobre su diagnóstico.

Esto es evidencia de que las sesiones de consejería son efectivas para la deseabilidad de revelar su diagnóstico (Demmer, 2002 y McDonnell y otros, 2006). Glasser (2000) apoya este planteamiento cuando establece que mediante la experiencia grupal se asume la responsabilidad de las acciones, expresando las emociones y proveyendo alternativas de acción.

Desarrollo de destrezas de sexualidad responsable

Otro tema explorado fue el desarrollo de destrezas de sexualidad responsable. Al aplicar el modelo se encontró que las mujeres con el VIH informaron y demostraron que las destrezas adquiridas para llevar a cabo una conducta sexual responsable fueron: buscar ayuda profesional, usar condones y negociar el uso de protección. Esto se evidenció cuando una de ellas y apoyada por otras indicó que “tenemos la relación si te proteges, de lo contrario, no

puedo tener la relación”; esto evidencia el cambio del manejo de su sexualidad. La comunicación sexual, la autoestima alta y la asertividad fueron identificadas como destrezas a adquirir en el grupo de consejería grupal.

Durante una dramatización de cómo se debía negociar para convencer a su pareja de que utilizara el condón, las mujeres mencionaron comentarios despectivos que el hombre expresaba para no usar condones, “ese condón me queda muy apretado, búscate otro pene que le sirva”. Entre ellas ofrecieron respuestas asertivas demostrando el control en la relación: “este es diferente se ve pequeño, pero conozco muy bien tu tamaño y sé que das mi medida” [sic]. “mientras más apreta’o, más duro me lo metes” [sic].

Este ejercicio de dramatización apoya el impacto del modelo de consejería grupal para propiciar un cambio en la conducta sexual de riesgo. Este hallazgo está fundamentado en la Teoría de la Elección de Glasser (2000), quien señala que mediante la consejería grupal se adquieren destrezas en las que se demuestran el poder, el control y la responsabilidad sexual que facilitan el cambio en la conducta sexual de riesgo.

Las participantes del grupo de consejería pasaron por el proceso de enseñanza aprendizaje mediante las técnicas de dramatización, el humor y la autopercepción, las cuales son elementos claves en el modelo de intervención (Glasser, 1999). Las sesiones resultaron acertadas por las dinámicas producidas. A todas las participantes les agradó grandemente compartir con las demás y que fuesen las mismas mujeres las que tuviesen la oportunidad de orientarse, unas a las otras, por lo que sus metas se cumplieron. Las mujeres comentaron que les gustaría continuar con el grupo de consejería; la investigadora se lo notificó a la educadora en salud y a la enfermera de los centros. Este deseo se apoya en lo establecido por Yalom (1995), que mediante las sesiones grupales, se ayuda a las personas a adquirir un sentido de pertenencia y de ayuda mutua. Las mujeres de ambos grupos expresaron su interés en que se lleven a cabo actividades con sus parejas.

En resumen, el objetivo de diseñar y aplicar un modelo de intervención de consejería grupal para conocer el efecto del tratamiento clínico continuo en la conducta sexual de la mujer con el VIH se cumplió. Las intervenciones realizadas y las técnicas aplicadas según el marco teórico utilizado, facilitó el proceso de consejería grupal. Las dinámicas para la discusión del tema sexual fueron acertadas para que las participantes del estudio expresaran su comportamiento, actitudes y trajeran información relevante al objetivo de la investigación.

De acuerdo a los resultados, se logró potenciar un papel sexual femenino más activo, asertivo y responsable, que capacitara a las mujeres para facilitar la adopción de conductas preventivas en las situaciones de conductas sexuales de riesgo. Con el proceso de consejería grupal las mujeres adquirieron destrezas para la toma de decisiones informada, la negociación del uso correcto del condón con la pareja, la consideración de la revelación del diagnóstico, aumentar su conocimiento sobre la condición y el tratamiento y el mantenerse firmes ante la conducta sexual deseada.

Entre las limitaciones de este estudio se encontró que la muestra resultó ser muy pequeña debido a los criterios de inclusión; tratamiento clínico continuo y la edad reproductiva. Otra limitación se presentó al carecer de transportación para que las posibles participantes pudiesen asistir continuamente a las sesiones grupales.

Recomendaciones

Se recomienda que las entidades de atención a las mujeres con el VIH/SIDA consideren aplicar modelos de intervención en consejería grupal para reducir el riesgo en la conducta sexual. Estas intervenciones permiten que las participantes puedan ventilar sus ideas, aclarar sus dudas, ampliar información y tener un foro para discutir temas pertinentes.

También se recomienda ofrecer adiestramientos a los profesionales de atención al VIH/SIDA sobre el impacto de la consejería grupal en la conducta sexual responsable en las mujeres (y de otras poblaciones) con el VIH.

Referencias

Ary, D., Jacobs, L.Ch. & Razavieh, A. (1989). *Introducción a la investigación pedagógica*. México, D. F. Nueva Editorial Interamericana.

Blanco-Cedres, L., Pérez Rancel, M. & Osuna, Z. (2005). VIH/SIDA: conocimientos y conducta sexual. *Gaceta Médica Caracas*. 113 (3). Universidad de Salamanca, España. Salamanca, España.

Bradshaw, J. (2000) *Secretos de Familia*. Ediciones Obelisco, Barcelona, España.

Campo Arias, A., Díaz Martínez, L.A. & Ceballos Ospino, G.A. (2009). Variables relacionadas con respuestas inconsistentes en una encuesta sobre relaciones sexuales realizada a estudiantes de Santa Marta, Colombia. *Revista Ciencia Salud*, 1, 28-36.

Carr Paxton, K. & Drew, C. (2002). *Sexual Risk Behavior Among HIV-Seropositive and HIV- Seronegative Urban Women Living in Los Angeles County*. University County Los Angeles. Dissertation. Los Angeles, California.: EE.UU.

Casos de VIH confirmados por edad y género hasta el 30 de septiembre de 2008 (recuperado de www.tendenciapr.com).

Center for Disease Control. (2007). *HIV among Hispanics/ Latinos*. Department of Health and Human Services. CDC- Atlanta, Georgia.

Centro para el Control de Enfermedades (junio, 2007). *VIH/SIDA entre las mujeres*. Departamento de Salud y Servicios Humanos. CDC- Atlanta, Georgia.

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (abril 2008). *VIH/SIDA entre los hispanos o latinos*. Departamento de Salud y Servicios Humanos. CDC- Atlanta, Georgia.

Corey, G. (2001). *Theory and practice of group counseling*. (5th Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Chiou, P., Benjamin, K., Been, M., Ming, Y., Ing, S. & Chan, L. (2004). A Program of Symptom Management for improving Self-Care for Patients with HIV/AIDS. *AIDS Patients Care and STD's*, 18, 539-547.

Demmer, C. (2002). Impact of improved treatments on perceptions about HIV and safer sex among inner-city HIV-infected men and women. *Journal of Community Health*, 27, 63-74.

Diamond C, Richardson J, Milan J, Stoyanoff S, McCutchan J, Kemper C, Larsen RA, Hollander H, Weismuller P, Bolan R. California Collaborative Trials Group. (2005). Use of and adherence to antiretroviral therapy is associated with decreased sexual risk behavior in HIV clinic patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39, 211–8.

Erbelding, E. (2001). Addressing Sexual Risk Behavior in HIV Clinical Practice. *The Hopkins HIV Report*, Johns Hopkins AIDS Service.

Faith, B. (2007). "This is Tobago": Social and cultural 'influencers' of HIV infections in Tobago. *Dissertation*. University of Pittsburgh. Gálvez-Buccollini, JA.,

Delea, S., Herrera, PM., Gilman, RH. & Paz Soldan, V. et al. (2009). Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Peru. *BioMed Central Public Health*, 9, 23.

Gladding, S. (2004). *Counseling: A Comprehensive Profession*. Groups in Counseling. 10. Pearson Merrill Prentice Hall. Columbus, Ohio.

Gladding, S. (1999). *Group Work: A Counseling Specialty*. Ohio: Prentice-Hall.

Glasser, W. (1999). *Teoría de la Elección: Una nueva psicología de la libertad personal*. Piados, Ibérica, S. A. Barcelona, España.

Glasser, W. (2000). *Counseling with Choice Theory: The New Reality Therapy*. Harper Callins Publisher, Inc. New York, NY.

Hammer, S. (2005). Management of Newly Diagnosed HIV Infection. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1702- 1710.

HIV Aids Reporting System (HARS). *Casos de VIH confirmados en Puerto Rico desde 06/ 2003 hasta 01/ 2008*. Departamento de Salud de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Mc Graw Hill. México.

Holisoa Rahamefy, O., Rivard, M., Ravaoarino, M., Anaivoharisoa, L., Rasamindrakotroka, AJ. & Morisset, R. (2008). *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 5, 28-35.

Holstad, M.M., Dilorio, C., & Magowe, M.K. (2006). Motivating HIV positive women to adhere to antiretroviral therapy and risk reduction behavior: the KHARMA Project. *Online Journal of Issues in Nursing*, 11(1), 5.

Insúa, P. & Moncada, S. (2004). ¿Está cambiando el discurso sobre el uso de drogas en las instituciones?: Un programa de formación de formadores. *Revista Española de Drogodependencia*. Recuperado en septiembre 2010 de: <http://www.drogas.bioetica.org/drocion4.htm>.

Kalishman, S. & Nachimson, D. (1999). Self-Efficacy and Disclosure of HIV Positive Serostatus to Sex partners, *Health Psychology*, 18, 281-287.

Kalishman, S. (1999). Psychological and social behavior among men and correlatos of high – risk sexual women living with HIV/ AIDS. *Aids Care*, 1, 415-428.

Krueger, R. & Casey, M. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3rd. Ed. Sage Publications; San Francisco, California.

Ley HIPAA. (14 de abril de 2003). *Notificación de políticas de privacidad*. Lex Juris, Puerto Rico.

Marphetia, T. (2001). Counseling is better for the sexual reduction between Women HIV. *Newswise*, 14, 99-107.

McDonnell, M. Dilorio, C. & Magote, M. (2006). Motivating HIV Positive to Adhere to Adhere to Antiretroviral Therapy and Risk Reduction Behavior: The KHARMA Project. *The Online Journal of Nursing*, 11(1), 5.

Moser A. M., Reggiani C. & Urbanetz, A. (2007). Risky sexual behavior among university students in health science courses. *Revista de la Asociación ética de Brasil*, 53, 116-121.

Muñoz-Silva, A., Sánchez- García, M., Martines, A.T. & Nunes, C. (2009). Gender Differences in HIV Related Sexual Behavior among College Students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 485-495.

Olley, B., Seedat, S., Gxamza, F., Reuter, H., & Stein, D. (2005). Determinants of unprotected sex among HIV positive patients in South Africa. *AIDS Care*, 17, 1-9.

Organización Panamericana de la salud. (2005). Salud sexual parte de la salud integral. *Conferencia sobre los Comportamientos Sexuales*. PAO.

Paiva, M. Rosario Latorre, T. Gravato, J. & Lacerda, P. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Cadernos Saúde Pública*, 18, 2-17.

Pugatch, D., Ramratnam, M., Strong, L., Feller, A., Levesque, B. & Dickinson, B. (2004). Gender Differences in HIV Risk Behaviors among Young Adults and Adolescents Entering a Massachusetts Detoxification Center. *Journal of Substance Abuse*, 21, 79-86.

Qiaoqin, M., Masako, O., Liming, C. Guozhang, X., Xiaohong, P. Saman, et al.(2009). Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection, and unwanted pregnancy among university students in China. *BioMed Central Public Health*, 9, 111.

Rachel, R.C. (2006). *Stress and trauma and their impact on the cervical immunological, and sexual health of HIV + HPV + women*. Dissertation. University of Miami. Miami, Florida.

Rivera Pérez, S. (2002). *Los secretos en las familias que viven con el VIH/ SIDA*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Puerto Rico. Río Piedras, Puerto Rico.

Richardson, J.L. Milan, J., McCutchan, A. et al. (2004). Effects of brief safer- sex counseling by medical providers to HIV- I seropositive patients: a multi- clinic assessment. *HIV Journal View*, 18, 1179- 1186.

Simbayi, L., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N. & Mqeketo, A. (2007). Disclosure of HIV status to sexual partners and sexual risk behavior among HIV- positive men and women. *Sexually Transmitted Infections*, 83, 29-34.

Vale Nieves, O. (2003). "Construcción social del género: De la construcción a las Construcciones: el género que se desborda". *Género, Sociedad y Cultura*. Publicaciones Gaviota.

Weinhardt, L.S, Kelly, J., Brondino, M., Rotheram, M. Kirsebaum, Chesney, M. (2004). HIV Transmission Risk Behavior Among Men and Women Living With in 4 Cities in the United States. *Journal Acquire Immune Deficiency Syndrom*, 36, 1057-1066.

Wilson, T. Gore, M. E., Greenblatt, R., & Cohen, M. (2004). Changes in Sexual Behavior Among HIV Infected Women After Initiation of HAART. *American Journal of Public Health*. 94, 1141.

Wubbolding, R.E. & Brickell, J. (2005). *Counselling with Reality Therapy*. Speechmark Publishing Ltd. Bicester Oxon, United Kingdom.

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Zorrilla, C., Febo, I.; Ortiz, I.; Orengo, J.; Miranda, S.; Santiago, M.; et al. (2002). *Pregnancy in Perinatally HIV-Infected Adolescents and Young Adults Puerto Rico*. University of Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico. Dept of Health, Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention. CDC- Atlanta, Georgia.