

¿qué necesitan los Afro-Americanos en la prevención del VIH?

¿corren el riesgo de contraer el VIH los Afro-Americanos?

revisado 8/00

Sí. Muchos Afro-Americanos corren alto riesgo de infectarse con VIH, no por razones étnicas o raciales, sino por los comportamientos de riesgo en los que pueden estar participando. Igual que ocurre en otros grupos raciales/étnicos, el riesgo de infección con VIH no solo depende de la identidad, sino del tipo de conductas riesgos que se estén llevando a cabo con una pareja VIH+, y si se tiene acceso a servicios médicos y prevención. La mayoría de los casos de SIDA en Afro-Americanos ocurre en personas de 25 a 44 años de edad y en hombres.

A pesar de contar con el 13% de la población total estadounidense, los Afro-Americanos se ven desproporcionadamente afectados por el VIH ya que cuentan con el 37% de todos los casos de SIDA. En 1998, casi dos tercios (62%) de los casos de SIDA entre mujeres estuvo compuesto por Afro-Americanas. Al unísono, el 37% de todos los casos de SIDA en la categoría de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDIs) pertenecía a Afro-Americanos. En 1998, los niños Afro-Americanos representaron el 62% de todos los casos de SIDA infantil.¹

¿qué Afro-Americanos están a riesgo?

Los Afro-Americanos, igual que otros grupos raciales o étnicos, representan una población diversa.² Su diversidad se evidencia en el estado migratorio, religioso, nivel económico, posición geográfica y el idioma que hablan. Por ejemplo, los Afro-Americanos incluyendo a oficinistas y la clase trabajadora, Musulmanes y Cristianos. Pueden residir en el centro de la ciudad y en áreas rurales, pueden ser descendientes de esclavos o Caribeños recién emigrados. Los datos de vigilancia epidemiológica actuales, no registran la identidad social, cultural, económica, geográfica, política y religiosa que pudiera predecir con mayor exactitud el nivel de riesgo.³

Dentro de las comunidades Afro-Americanas, la transmisión del VIH se toma como un problema de los heterosexuales UDIs y de sus parejas sexuales. Sin embargo, la proporción acumulativa de casos de SIDA atribuida a la actividad homosexual/bisexual (38%) es mayor que la atribuida al uso de drogas inyectadas (35%).¹

En general, los adolescentes Afro-Americanos registran tasas de seroprevalencia mucho mayores que las de los adolescentes Anglo-Sajones. Las jóvenes Afro-Americanas, especialmente las sexualmente activas y de los barrios pobres son las que tienen un mayor nivel de riesgo de infección con VIH. En un estudio a jóvenes desertores escolares de bajo nivel económico en los "Job Corps" (Cuerpos de Trabajo) se descubrió que las mujeres entre los 16 a 18 años de edad tenían tasas de infección 50% mayores a las de los varones Afro-Americanos.⁴

¿cómo se exponen al riesgo?

El uso de drogas inyectadas ha sido el factor determinante de la infección con VIH entre los Afro-Americanos. Si bien es cierto que la mayoría de los UDIs en los EEUU son Blancos, las tasas de infección son mayores en UDIs Negros. El desempleo y la pobreza son co-factores significativos que pueden estar contribuyendo al aumento en los índices de adicción y comportamientos de riesgo. En efecto, la epidemia del VIH y del uso de drogas en Afro-Americanos se concentra en un número reducido de barrios urbanos del centro de la ciudad, lo cual indica que la epidemia puede estar mas ligada a la geografía y a la pobreza que a la raza o etnia.⁶

Si bien las actitudes en la comunidad Afro-Americana cambian poco a poco, la homofobia y las actitudes negativas hacia el hombre homosexual continúan vigentes. Para los hombres jóvenes Afro-Americanos que tienen sexo con otros hombres, estas actitudes negativas pueden ocasionar una baja auto-estima, falta de conexión comunitaria y malestares psicológicos, factores que a su vez contribuyen a las conductas de riesgo.⁷

Muchas mujeres Afro-Americanas, las adolescentes en especial, presentan alto riesgo de adquirir el VIH por la vía heterosexual. Las mujeres Afro-Americanas pueden no querer o no estar aptas para negociar el uso del condón puesto que pueden pensar que esto va a interferir con la intimidad física y emocional; puede implicar infidelidad propia o de su pareja⁸ o puede ocasionar abuso físico.⁹ Algunas mujeres pueden, además, estar en un estado de negación o hasta desconocer el riesgo que corren. Más de un tercio (35%) de los casos de SIDA en mujeres Afro-Americanas reportados en 1998 se clasificaron como "riesgo no reportado" o "no identificado".¹ Se cree que la mayoría de estas mujeres se infectan por medio del sexo heterosexual con UDIs y/o parejas "gay" o bisexuales.

Quién lo dice?

1. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report. 1998;10:1-43.

2. National Commission on AIDS. The challenge of HIV/AIDS in communities of color. 1994.

3. Moss N, Krieger N. Measuring social inequalities in health: report on the conference of the National Institutes of Health. *Public Health Reports*. 1995;110:302-305.

4. Valleroy LA, MacKellar DA, Karon JM, et al. HIV infection in disadvantaged out-of-school youth: prevalence for US Job Corps entrants, 1990 through 1996. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. 1998;19:67-73.

5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Preliminary results from the 1997 national household survey on drug abuse. US Department of Health and Human Service: Rockville, MD; 1999. <http://www.samhsa.gov/OAS/nhsda/nhsda97/httoc.htm>.

6. Fullilove, RE, Fullilove MT. HIV prevention and intervention in the African American community: a public health perspective. In: *AIDS Knowledge Base*. PT Cohen, ed. Lippincott, Williams & Wilkins. 1999.

7. Stokes JP, Peterson JL. Homophobia, self-esteem, and risk for HIV among African American men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*. 1998;10: 278-292.

¿cuáles son los obstáculos?

Las comunidades de color de este país, incluyendo a la Afro-Americana, han experimentado persistentes desigualdades en beneficios sociales, cuidados médicos, educación y oportunidades de trabajo. Las disparidades económicas continúan deteriorando el estado de salud de los Afro-Americanos y de otras comunidades de color en los EEUU. Dando como resultado altos índices de muerte y enfermedades en la comunidad Afro-Americana. Adicionalmente, muchos Afro-Americanos mantienen una desconfianza hacia los programas gubernamentales y hacia las instituciones de salud. Algunos Afro-Americanos piensan que los efectos del SIDA en la comunidad forman parte de los esfuerzos deliberados y de omisión de responsabilidad por parte del gobierno estadounidense. La eficacia de los programas de prevención de índole comunitaria deben tomar en cuenta estos factores.^{10,11}

El problema del SIDA dentro de la comunidad Afro-Americana se entiende como un problema principalmente "gay". Adicionalmente, la homofobia está presente en la familia, la iglesia y la comunidad Afro-Americanas tanto a nivel personal como institucional. Muchos homosexuales Afro-Americanos sexualmente activos pueden estar renuentes a responder ante la epidemia del SIDA por temor a ser alienados.¹²

¿qué se está haciendo?

A los jóvenes Afro-Americanos de Filadelfia, PA, se les ofreció un programa de prevención que integraba intervenciones de abstinencia y de sexo seguro. Los participantes en las intervenciones de abstinencia reportaron menos relaciones sexuales 3 meses después, pero no a los 6 o 12 meses de seguimiento. De los jóvenes que reportaron previa experiencia sexual, los que recibieron la intervención de sexo seguro reportaron menos relaciones sexuales que los que recibieron la intervención de abstinencia a 3-, 6-, y 12-meses de seguimiento. Ambas alternativas, el sexo seguro y la abstinencia redujeron las conductas sexuales de riesgo a corto plazo, pero las intervenciones de sexo seguro pueden tener efectos más duraderos y pueden ser más eficaces para los jóvenes con previa experiencia sexual.¹³

Algunas comunidades que promulgan la fé están respondiendo al VIH de forma innovadora. En Tennessee, la Iglesia Interdenominacional inició un programa para atraer a UDIs de 4 barrios pobres predominantemente Afro-Americanos. El programa ofrece agujas esterilizadas, condones, manejo de casos y educación preventiva. Ellos están creando un programa modelo de reducción de riesgo con base en la iglesia para ser utilizado en otras comunidades de este tipo.¹⁴

"The Well," un centro para mujeres Afro-Americanas al que se acude sin previo aviso, diseñado para esta comunidad, promueve la auto-eficacia y el bienestar en un proyecto de viviendas para personas de bajos ingresos en Los Angeles, CA. Este centro ofrece servicios de apoyo por parte de personas que reciben los servicios en "círculos de hermanas", clases de ejercicio, educación sobre salud comunitaria, una sala/biblioteca, una oficina de enfermería y mantiene asociaciones con otras organizaciones comunitarias de salud. "The Well" mezcla la educación sobre VIH/ETS con la educación general que trata todos los aspectos de la vida de estas mujeres.¹⁵

¿qué es necesario hacer?

Los científicos y proveedores de servicio necesitan conocer más a fondo cual es el papel de la cultura y los factores socio-económicos en la transmisión del VIH así como la desigualdad racial en salud pública. Adicionalmente, las autoridades de salud pública deben considerar un cambio al sistema de vigilancia epidemiológica para que incluya otros tipos de información demográfica tales como los factores culturales, sociales y económicos. Estos esfuerzos necesitan tener una influencia en el diseño de los mensajes de prevención del VIH, servicios y programas.

En la segunda década de la epidemia del SIDA, falta por tomar en cuenta la homofobia y la negación de la problemática del SIDA. Las instituciones de salud pública deben buscar formas de establecer asociaciones con las comunidades Afro-Americanas que promulgan la fé e incorporar la compasión a la enseñanza espiritual que logre despertar la respuesta de la comunidad. La prevención del VIH para los Afro-Americanos debe llevarse a cabo a nivel de comunidad. Los programas complejos deben establecer nexos con otros servicios de salud tales como los programas de abuso de sustancias ilícitas, servicios de planificación familiar y clínicas de ETS.

PREPARADO POR JOHN PETERSON PHD*, GINA WINGWOOD ScD, MPH, RALPH DiCLEMENTE PHD**, KATHLEEN QUIRK MA***; TRADUCIDO POR ROMY BENARD RODRÍGUEZ*****

*DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY, GEORGIA STATE UNIVERSITY, ** ROLLINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, EMORY UNIVERSITY, ***CAPS

8. Wingood GM, DiClemente RJ. Pattern influences and gender-related factors associated with noncondom use among young adult African American women. *American Journal of Community Psychology*. 1998;26:29-52.

9. Wingood GM, DiClemente RJ. Consequences of having a physically abusive partner on the condom use and sexual negotiation practices of young adult African-American women. *American Journal of Public Health*. 1997;87:1016-1018.

10. Dalton HL. AIDS in black-face. *Daedalus*. 1989;118:205-227.

11. Thomas SB, Quinn SC. The Tuskegee Syphilis Study, 1932 to 1972: implications for HIV education and AIDS risk education programs in the black community. *American Journal of Public Health*. 1991;81: 1498-1506.

12. Peterson JL. AIDS-related risks and same-sex behaviors among African American men. In *AIDS, Identity and Community*. Herek GM, Greene B, eds. Sage Publications: Thousand Oaks, CA; 1995:85-104.

13. Jemmott JB III, Jemmott LS, Fong GT. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 1998;279:1529-1536.

14. Sander E. Church based harm reduction programs. Presented at the 12th World AIDS Conference, June 1998, Geneva, Switzerland. Abst. #33380.

15. Elliott Brown KA, Jemmott FE, Mitchell HJ, et al. The Well: a neighborhood-based health promotion model for black women. *Health and Social Work*. 1998;23:146-152.