

¿cuáles son las necesidades de prevención del VIH en zonas rurales?

revisado 5/06

¿corren riesgo las poblaciones rurales?

Historicamente las áreas rurales, que representan el 20 % de la población de EE.UU., han reportado entre el 5 % y el 8 % de los casos de VIH en el país.¹ Pero ciertas zonas y poblaciones rurales están desproporcionadamente afectadas: el Sur y los afroamericanos en particular. Aunque no exista una epidemia rural, sí existen zonas críticas preocupantes.

El 68 % de los casos de SIDA en poblaciones rurales se da en el Sur.² En el 2000, la tasa de nuevos diagnósticos de SIDA en el Sur era tres veces mayor que en otras zonas rurales de EE.UU.³ En ciertas partes del Sur, la tasa de diagnósticos de VIH/SIDA de las zonas rurales casi alcanza la de las zonas urbanas.³

Las personas afroamericanas representan el 50 % de los casos de SIDA rurales, las caucásicas el 37 %, las latinas el 9 % y las indígenas americanas y nativas de Alaska el 2 %.² Los afroamericanos y los latinos están desproporcionadamente afectados por el VIH en áreas rurales: En el Noreste, estas mismas poblaciones representan cada una el 1 % de la población rural, pero el 25 % y el 20 % de los casos de SIDA, respectivamente.³

La mayoría de los casos de SIDA rurales (el 75 %) ocurre entre hombres.² Sin embargo, las tasas entre mujeres rurales van en aumento, especialmente entre las afroamericanas. Para las mujeres rurales VIH+, la causa principal es la transmisión heterosexual, mientras que la inyección de drogas es la causa más común entre las mujeres urbanas.²

Entre los hombres rurales, aquellos que tienen sexo con hombres (HSH), componen aproximadamente el 60 % de los casos de SIDA rurales y los usuarios de drogas inyectables (UDI) cerca del 20 %.² En el año 2000 en las zonas rurales del Sur, el 28.5 % de los hombres VIH+ se infectaron por contacto heterosexual.³

¿cuáles son los desafíos en las zonas rurales?

En las zonas rurales, los programas de intervención y prevención del VIH se han rezagado en comparación con los programas urbanos debido al estigma del VIH y de los grupos de alto riesgo, a factores geográficos y a la baja tasa general de VIH. Estos tres aspectos se combinan para crear obstáculos económicos y funcionales a la implementación de programas rurales de prevención del VIH.⁴

El aislamiento geográfico puede impedir el acceso a servicios preventivos para los habitantes rurales cuyo acceso al transporte es limitado. La topografía accidentada y las largas distancias entre poblados pueden requerir varias horas de viaje para recibir servicios médicos o sociales. Esto puede hacer que los servicios no se adapten a las necesidades de la población en cuestión y producir retrasos en la prestación de servicios.⁵

Otra consecuencia del aislamiento es la posible dificultad para encontrar parejas sexuales, lo cual podría llevar a conductas más riesgosas cuando los encuentros lleguen a darse. Un estudio descubrió que los hombres rurales son más propensos a tener sexo en la primera cita que los hombres urbanos, posiblemente por las largas distancias y por la inquietud de tener que esperar mucho tiempo hasta que se presente la próxima oportunidad.⁶

Todavía existe un fuerte estigma asociado con el VIH/SIDA y con la homosexualidad. Los HSH rurales pueden evitar el estigma, la hostilidad social y la violencia que conlleva si ocultan su sexualidad y se integran en la cultura heterosexual. Escasean locales rurales en donde los HSH socialicen abiertamente, por lo que algunos buscan parejas sexuales en lugares públicos de sexo anónimo, en Internet y en zonas lejanas de mayor seroprevalencia.⁴

En comparación con la población urbana, es más probable que los habitantes rurales vivan en la pobreza y que no tengan seguro médico.⁷ Sin esta cobertura, es menos probable que busquen servicios médicos o sociales. Las zonas rurales cuentan con menos proveedores médicos especializados en el VIH y los pacientes VIH+ rurales son menos propensos que sus homólogos urbanos a recibir terapia antirretroviral.⁸ Los fondos y el acceso a los servicios de tratamiento del abuso de drogas y alcohol son limitados.

La pobreza también puede aumentar el riesgo individual al propiciar el intercambio de sexo por dinero, vivienda o drogas. En un estudio, las mujeres negras reportaron que sus conductas de alto riesgo se debían principalmente a la dependencia económica de un hombre.⁹

¿Quién lo dice?

1. Steinberg S, Fleming P. The geographic distribution of AIDS in the United States: is there a rural epidemic? *Journal of Rural Health*. 2000;16:11-19.

2. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS surveillance in urban and nonurban areas. Slide set. *www.cdc.gov/hiv/graphics/rural-urban.htm

3. Hall HI, Li J, McKenna MT. HIV in predominantly rural areas of the United States. *Journal of Rural Health*. 2005;21:245-253.

4. Williams ML, Bowen AM, Horvath KJ. The social/sexual environment of gay men residing in a rural frontier state: implications for the development of HIV prevention programs. *Journal of Rural Health*. 2005;21:48-55.

5. Castañeda D. HIV/AIDS-related services for women and the rural community context. *AIDS Care*. 2000;12:549-565.

6. Horvath KJ, Bowen AM, Williams ML. Virtual and physical venues as contexts for HIV risk among rural men who have sex with men. *Health Psychology*. 2006;25:237-242.

7. National Rural Health Association. HIV/AIDS in rural America: Disproportionate impact on minority and multicultural populations. July 2004. *www.nrharural.org/advocacy/sub/issuepapers/HIVaids.pdf

8. Cohn SE, Berk ML, Berry SH, et al. The care of HIV-infected adults in rural areas of the United States. *Journal of AIDS*. 2001;28:385-392.

¿qué las hace vulnerables?

Al igual que toda población, el riesgo del VIH no depende del lugar donde uno vive, sino de la participación o no en el sexo sin protección o en el uso de jeringas compartidas con una pareja VIH+, y del acceso a servicios de atención, asesoramiento y prevención.

Las tasas de cambio de pareja sexual y de relaciones concurrentes (mantener más de una pareja sexual al mismo tiempo) aumentan el riesgo de transmisión del VIH. Un estudio de la población afroamericana rural que contrajo el VIH por vía heterosexual reveló que más de la mitad tenía parejas múltiples, el 40 % tenía parejas concurrentes y el 87 % creía que su pareja había tenido sexo con otra persona durante su relación. La concurrencia se asoció con fumar cocaína crack y con el encarcelamiento de una pareja sexual.¹⁰

El abuso de drogas muchas veces se ve como un problema urbano, pero también es significativo en las zonas rurales, especialmente el uso de la metanfetamina.¹¹ Un informe demostró que los jóvenes rurales tienen mayor propensión al abuso de drogas que los jóvenes urbanos: los estudiantes rurales del octavo grado escolar son un 59% más propensos que sus homólogos urbanos al consumo de metanfetaminas.¹² El consumo de alcohol y drogas contribuye a conductas de riesgo tales como el sexo sin uso de protección, la multiplicidad de parejas, el uso de jeringas previamente usadas y el intercambio de sexo por drogas.

¿qué se está haciendo al respecto?

Strong African American Families (SAAF) es una intervención preventiva de 7 semanas diseñada para madres afroamericanas y sus hijos de 11 años de edad en la Georgia rural. La SAAF buscó fortalecer las habilidades de las madres para infundir a sus hijos una autoestima y una imagen corporal sexual de sí mismos positiva, y poder así reducir sus conductas sexuales de riesgo. Las madres reportaron una mayor participación en las actividades dirigidas a aumentar el amor propio de sus hijos. Los jóvenes reportaron menos intención y voluntad de participar en conductas riesgosas en general y una disminución de su participación en actividades sexuales de riesgo.¹³

El Wyoming Rural AIDS Prevention Project lanzó una intervención piloto de dos módulos a través de Internet para HSH rurales en la cual emplearon conversaciones entre un hombre gay VIH+ "experto" y otro hombre gay VIH- "con poca experiencia" para comunicar información y estrategias de cambio de conductas. Ambos módulos duraron 20 minutos e incluyeron diálogos, actividades interactivas y gráficos. Los participantes reportaron un aumento en conocimientos, en expectativas sobre la práctica del sexo más seguro y en la autoeficacia.¹⁴

En la Arkansas rural, una colaboración entre una organización comunitaria, el Departamento de Correcciones, el Departamento de Salud y los Addiction Treatment and Recovery Centers, sirvió para identificar y reclutar a personas VIH+ que practicaban conductas sexuales de riesgo y consumían en drogas. Dichas personas se inscribieron en la intervención Healthy Relationships y reportaron una disminución del sexo sin protección y un mayor nivel de revelación de su condición de VIH a familiares, amigos y parejas.¹⁵

En Mississippi, la camioneta de la Mobile Medical Clinic viaja a las áreas rurales de mayor riesgo de contraer VIH y sífilis, centrándose en la comunidad afroamericana. Para no ser vistos como "la camioneta de las enfermedades venéreas", ofrecen pruebas de glucosa, presión arterial y colesterol. Antes de entrar en alguna comunidad, la clínica forma lazos con alguna organización, iglesia o representante local que los auspicie con el fin de ganarse el apoyo y la confianza de la comunidad. Han colaborado con organizaciones locales para brindar exámenes médicos de los senos, pruebas de Papanicolaou y la aplicación de sellante dental para jóvenes.¹⁶

¿qué queda por hacer?

Debido a la escasez de recursos en las zonas rurales, las actividades de prevención deben dirigirse hacia las poblaciones de mayor riesgo, entre ellas las mujeres y los hombres que tienen sexo con hombres, los afroamericanos, los latinos, los jóvenes y los consumidores de alcohol y drogas. Los inmigrantes recién llegados y los trabajadores itinerantes también podrían correr alto riesgo, especialmente a lo largo de la frontera entre EE.UU. y México.⁴

Es esencial expandir y mejorar la atención para todas las personas VIH+ en las zonas rurales y brindar orientación sobre la prevención en los centros médicos. Los trabajadores de salud necesitan capacitación y apoyo en la atención clínica del VIH, la comunicación de mensajes de prevención, la evaluación de la conducta riesgosa, la sensibilidad cultural y la confidencialidad.

PREPARADO POR ANNE BOWEN PHD*, ALAN GAMBRELL MPUBAFF**, PAMELA DECARLO***
*UNIVERSITY OF WYOMING, **WORDPORTFOLIO, INC., ***CAPS. TRADUCIDO POR ROCKY SCHNAATH

9. HIV transmission among Black women--North Carolina, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2005;54:89-94.

*www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5404a2.htm

10. Adimora AA, Schoenbach VJ, Martinson FEA, et al. Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection. *Journal of AIDS*. 2003;34:423-429.

11. Kraman P. Drug abuse in America--Rural meth. *Trends Alert*. March 2004.

*csg-web.csg.org/pubs/Documents/TA0403RuralMeth.pdf

12. The National Center on Addiction and Substance Abuse. No place to hide: Substance abuse in mid-size cities and rural America. New York, New York: Columbia University. January 2000. *www.casacolumbia.org/absolutenm/articlefiles/379-no_place_to_hide_01-28-00.pdf

13. Brody GH, Murry VM, Gerrard M, et al. The Strong African American Families Program: translating research into prevention programming. *Child Development*. 2004;75:900-917.

*www.cfr.uga.edu/html/saaf.html

14. Bowen A, Horvath K, Williams M. Randomized control trial of an Internet-delivered HIV knowledge intervention with MSM. *Health Education and Research*. In press. *www.wrapp.net

15. Smith AJ, Gaynor H. Advancing HIV prevention in rural Arkansas. Presented at the National HIV Prevention Conference, Atlanta, GA, 2005. Abstract #M1-C1802.

*www.effectiveinterventions.org/interventions/healthy_relation.cfm

16. Prevention in rural communities: Mississippi's Mobile Medical Clinic. *NASTAD HIV Prevention Bulletin*. March 2006.

*www.msdc.state.ms.us/msdcsite/_static/14,0,150.html

*Todos los URL fueron visitados en mayo del 2006