

¿qué necesita el hombre heterosexual en la prevención del VIH?

¿está el hombre heterosexual en riesgo?

revisado 4/01

Sí. En los EEUU los casos nuevos de SIDA reflejan un incremento en las infecciones por uso de drogas intravenosas (UDI) y por contacto sexual heterosexual.¹ El aumento de infecciones en hombres heterosexuales por UDI ha elevado los casos de VIH en las mujeres ya que más mujeres se están infectando al tener sexo con hombres UDI. El cambio de conducta del hombre heterosexual es determinante para controlar la epidemia en los hombres heterosexuales, las mujeres y los niños.

Más de la cuarta parte (28%) de todos los casos de SIDA en hombres en los EEUU se producen por UDI y por relaciones sexuales heterosexuales. De estos casos, más de tres cuartos se dan en hombres de raza no blanca (caucásica), de los cuales más de la mitad (55%) son afroamericanos.² Los casos de VIH/SIDA (según el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de EEUU) se clasifican por conductas de riesgo (consumo de drogas/práctica sexual) y no por autoidentificación de género ó preferencia sexual. A los hombres que se autoidentifican como heterosexuales y que tienen sexo con otros hombres se les categoriza como "hombres que tienen sexo con hombres"; los cuales, no necesariamente llegan a identificarse con los programas dirigidos a hombres gay.

Los programas de prevención para hombres heterosexuales en los EEUU han tocado los temas en cuanto al uso de drogas, pero pocos han considerado la conducta sexual. Las intervenciones para el cambio de conducta en heterosexuales se han dirigido principalmente a las mujeres, Si los hombres participan es secundario ya que la intervención no estaba dirigida a ellos.

¿qué pone a los hombres en riesgo?

UDI representa el mayor riesgo para el hombre heterosexual.² Las drogas no inyectables como las anfetaminas, la cocaína-crack y el alcohol, incrementan que se tomen riesgos en la conducta sexual, aumentando así el riesgo de infección con VIH. Un estudio en drogadictos UDI que no están en tratamiento de desintoxicación, determinó que los hombres que consumieron metanfetaminas tuvieron más parejas sexuales, mayor actividad sexual—con penetración anal en hombres y en mujeres—y menor uso del condón, que aquellos que no las consumieron.³

El hombre puede infectarse al tener sexo desprotegido con una mujer VIH+, aunque el riesgo es mucho menor que el asociado con compartir jeringas infectadas o el sexo con otro hombre VIH+. El riesgo aumenta si la pareja masculina o femenina tiene alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS).⁴ La conducta sexual de mayor riesgo para el heterosexual es el sexo anal desprotegido con otro hombre VIH+. Quizá por homofobia o miedo al rechazo, los hombres no se atreven a reportar el tener sexo con otros hombres, identificando el sexo con mujeres como su único factor de riesgo.⁵

En ciertos ambientes los hombres corren un riesgo mayor. En los EEUU, el 90% de los prisioneros son hombres. Las tasas de VIH entre los encarcelados son 8 a 10 veces mayores que en la población en general.⁶ El uso de drogas inyectables, de otras drogas ilícitas, el tatuaje y el sexo anal desprotegido entre hombres son conductas de riesgo en las prisiones.

¿qué es lo que dificulta la prevención?

En esta sociedad a los hombres no se les educa para que cuiden su salud, muchos no reciben atención médica desde la infancia hasta la edad madura (a los 40 años aproximadamente).⁷ Los hombres heterosexuales, y en especial los afroamericanos, son los más reacios para hacerse la prueba del VIH, recibir tratamiento y acudir a las citas médicas.^{8,9}

Muchos hombres heterosexuales no sólo saben muy poco sobre VIH/ETS, sino que tampoco creen que les concierne. Por falta de material educativo para hombres heterosexuales y de educadores de pares, el hombre heterosexual considera al VIH como un problema exclusivo del "hombre gay blanco."

El hombre es quien porta el condón (masculino) y quien tiene el poder de usarlo o no. Aunque el embarazo, las ETS y el VIH le preocupen, al hombre le puede ser difícil hablar sobre el uso del condón con su pareja. Algunos esperan que sea la pareja femenina quien mencione el tema; si ésta no lo hacen es común que ellos tampoco.¹⁰

Los jóvenes de razas no blancas frecuentemente se perciben así mismos como una "especie en peligro de extinción."¹¹ Para muchos jóvenes urbanos de áreas marginales, el peligro y la lucha diaria por sobrevivir rebasa las preocupaciones sobre el futuro como el VIH. La pobreza, violencia y adicción refuerzan las creencias del hombre negro de que no vivirá más 25 años. Para muchos de éstos jóvenes, el recibir un balazo o acabar en prisión son sus mayores preocupaciones.¹¹

¿Quién lo dice?

1. CDC. HIV/AIDS Surveillance Report. 1996;7:10.

2. CDC. HIV/AIDS Surveillance Report. 2001;12:16.

3. Molitor F, Ruiz JD, Flynn N, et al. Methamphetamine use and sexual and injection risk behaviors among out-of-treatment injection drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1999;25:475-493.

4. Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*. 1992;19:61-77.

5. Sternberg S. 'Secret' bisexuality among Black men contributes to rising number of AIDS cases in Black women. *USA Today*. March 15, 2001.

6. Hammett TM, Harmon P, Maruschak L. *1996-1997 Update: HIV/AIDS, STDs and TB in correctional facilities*. Abt Associates, Inc.: Cambridge, MA; 1999.

7. Sandman D, Simantov E, An C. *Out of Touch: American Men and the Health Care System*. Published by The Commonwealth Fund. March 2000. www.cmwf.org/programs/women/sandman_survey_bn_374.asp

8. Fichtner RR, Wolitski RJ, Johnson WD, et al. Influence of perceived and assessed risk on STD clinic clients' acceptance of HIV testing, return for test results, and HIV serostatus. *Psychology, Health & Medicine*. 1996;1:83-98.

¿cómo involucrar al hombre heterosexual?

Los educadores de pares pueden ayudar a la prevención del VIH en el hombre heterosexual, aunque muy pocos hombres heterosexuales actualmente participan en la prevención del VIH. El temor y la concepción errónea de la cultura gay inhiben aún más su participación. Se necesita una educación que concientice a los hombres en general para entender y respetar los límites y las culturas sexuales.

Reclutar a hombres heterosexuales puede ser una tarea difícil. Por ejemplo, abordar individualmente al afroamericano no es tan eficaz como hacerlo a través de su trabajo, líder religioso o grupo social.¹² Además, el hombre heterosexual puede necesitar la motivación de la novia o esposa para participar en programas de prevención del VIH.¹²

Las campañas dirigidas al hombre heterosexual deben centrarse en temas generales de salud, no sólo en temas sexuales. Las campañas deben promover que los hombres hablen y se responsabilicen de su salud y bienestar, y no resaltar el lado negativo del sexo (ej.: el VIH mata, tener sexo con un(a) menor puede llevarlo a la cárcel). La educación debe empezar en la pre-adolescencia para así ayudar a los jóvenes a protegerse a sí mismos cuando se enfrenten el mundo de la sexualidad y las drogas.

¿qué se ha hecho?

Un programa de desarrollo de destrezas para la prevención del VIH basado en el uso de videos y diseñado para afroamericanos heterosexuales de Atlanta, ayudó a incrementar el uso del condón y redujo el sexo vaginal desprotegido. El programa mostró información videograbada sobre VIH, preguntas y respuestas y demostró el uso del condón. Además se incorporaron moderadores en vivo. Como los hombres se limitan a participar en demostraciones de situaciones sexuales, se les pidió que sugirieran diálogos relacionados con prácticas sexuales más seguras para escenas específicas de películas populares.¹³

Le Penseur Youth Services ofrece servicios educativos a jóvenes y familias del sureste de Chicago. Uno de sus programas está dirigido a miembros de pandillas e incorpora a líderes pandilleros como educadores. Le Penseur adiestró a líderes y otros miembros de pandillas para transmitir mensajes sobre sexo seguro. Un componente clave es asignar papeles definidos a estos jóvenes y oportunidades de progreso y liderazgo. Éstos jóvenes también llevaron a su casa el mensaje de que el VIH afecta al hombre heterosexual, lo que aumentó la conciencia sobre el VIH en la comunidad.¹⁴

En Baltimore, el departamento de salud abrió un Centro de Salud Masculino gratuito que sirve a hombres sin seguro médico entre las edades de 16 a 64 años. La clínica ofrece atención primaria y dental, consejería para drogodependientes, educación sobre prevención y oportunidades de empleo. El personal de salud es masculino. Cuando este centro abrió, era el único en los EEUU dirigido a los hombres sin seguro médico. El enfoque del centro es ayudar a los hombres a que se mantengan sanos, contribuyendo así a crear familias sanas.¹⁵

¿qué queda por hacer?

El hombre heterosexual aún necesita información básica sobre VIH y requiere de programas que protejan su salud y le enseñen cómo obtener servicios para su salud. Los programas deben considerar que el hombre heterosexual puede tener sexo con otros hombres y deben promover el sexo seguro en cada encuentro sexual. Finalmente, estos programas deben crearse junto con las mujeres para incorporar así las necesidades e inquietudes de la pareja femenina.

El tratamiento anti-drogas y el acceso a jeringas estériles que ofrecen los programas de intercambio de jeringas e intercambio en farmacias son cruciales para los hombres heterosexuales. Los hombres encarcelados necesitan tener acceso a tratamientos para la desintoxicación, condones, jeringas estériles, educación sobre prevención del VIH y asesoramiento para la transición de la cárcel a la calle que disminuya el riesgo dentro y fuera de la cárcel.

El hombre heterosexual debe tomar más responsabilidad para evitar el contagio del VIH. Como tradicionalmente el hombre no ha participado en asuntos de salud y prevención, hay que apoyarlo y adiestrarlo para asegurar su participación en la prevención del VIH.

PREPARADO POR REGINALD SUMMERRISE* Y PAMELA DECARLO, TRADUCCIÓN ROMY BENARD Y MARICARMEN ARJONA**. *LE PENSEUR YOUTH SERVICES, CHICAGO, IL; **CAPS**

9. Israelski D, Gore-Felton G, Wood MJ, et al. Factors associated with keeping medical appointments in a public health AIDS clinic. Presented at the 8th International AIDS Conference, Durban, South Africa. Abst# WePeD4570.

10. Carter JA, McNair LD, Corbin WR. Gender differences related to heterosexual condom use: the influence of negotiation styles. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1999;25:217-225.

11. Parham TA, McDavis RJ. Black men, an endangered species: Who's really pulling the trigger? *Journal of Counseling & Development*. 1987;66:24-27.

12. Summerrise R, Wilson W. "The Black Print" model for recruitment of African-American males. Published by the Chicago, IL, Prevention Planning Group. 2000.

13. Kalichman SC, Cherry C, Brown-Sperling F. Effectiveness of a video-based motivational skills-building HIV risk-reduction intervention for inner-city African American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:959-966.

14. Summerrise R. Valuing the lives of men: HIV prevention for heterosexual men. Presented at the US Conference on AIDS, Atlanta, GA. October, 2000.

15. Sugg DK. A first for men: clinic opens in Baltimore. *The Baltimore Sun*. May 11, 2000.