

Qué Necesitan los Desamparados En La Prevención Del VIH?



Cuál es el impacto del VIH y los desamparados?

Desde 1980 la cantidad de desamparados en América del Norte ha alcanzado niveles dramáticos. Se estima que 135 millones de adultos en los EEUU (7.4%) han experimentado este problema en algún momento de sus vidas. En los últimos cinco años se registraron 5.7 millones de adultos sin hogar. (1)

Anteriormente, muchos de los desamparados eran personas que habían experimentado problemas mentales. Hoy en día "existe una desconcertante similitud entre los que no tienen un techo y los que si lo tienen". (2) Sin embargo, el problema de los desamparados viene acompañado de enfermedades mentales crónicas, abuso de estupefacientes, y de conducta sexual irresponsable- todos ellos factores que propician el riesgo a la infección con el VIH.

Los desamparados en comparación con la población en general padecen tasas mucho mas altas de diversas enfermedades, incluyendo el VIH. En una encuesta en 16 ciudades de los EEUU se encontró una seroprevalencia mediana del VIH del 3.4% entre adultos sin hogar, (3) comparada con el 1% entre la población adulta en general. En otros estudios, los hombres desamparados con enfermedades mentales de la Ciudad de Nueva York presentaron una prevalencia del 19.4% (4) ante el VIH mientras en San Francisco, CA los hombres desamparados en edad adulta registraron tasas del 8.5% de infección con VIH. (5) La seroprevalencia con respecto al VIH entre los jóvenes sin hogar en los EEUU fue del 2.3%. (3)

Cómo se expone al riesgo?

En una encuesta a adultos desamparados que ingresaban en una clínica se descubrió que el 69% corría el riesgo de quedar infectado con el VIH ya sea por: 1) tener sexo sin protección con varias personas 2) el uso de drogas intravenosas, 3) tener sexo con una pareja que usa drogas intravenosas, 4) intercambiar sexo sin protección por dinero o por drogas. Casi la mitad (45%) reportó haber combinado por lo menos dos factores de riesgo, mientras que un cuarto (26%) reportó tres factores o más. (6)

Al tener varias parejas se crea el riesgo de contraer el VIH, pero puede ser casi imposible para un desamparado llegar a formar una relación tanto íntima como seguro debido al uso de drogas, las enfermedades mentales, la violencia, la estadía temporal en la que se desenvuelven. Un estudio entre mujeres desamparadas encontró que el 91% experimentó abuso físico y el 56% abuso sexual. (7) Los desamparados, especialmente las mujeres y los(as) jóvenes y pueden estar teniendo sexo para poder subsistir-cambiando sexo por vivienda, comida, dinero o drogas.

El uso de estupefacientes puede estar contribuyendo al riesgo de infección con VIH debido a que bajo estas condiciones se les hace olvidar usar el condón, comparten jeringas con otros usuarios de drogas intravenosas (UDIs), o intercambian sexo por drogas. En una encuesta a adultos sin hogar en San Luis, Misuri, el 40% de los hombres vs. 23% de las mujeres reportaron abuso de drogas; el 62% de los hombres vs. el 17% de las mujeres abuso del alcohol. (8)

Cuáles son las barreras de prevención?

Las poblaciones de indigentes han sido catalogadas como "difíciles de atraer." El hecho de que ellos viven y trabajan en la calle les hace una de las poblaciones mas visibles en los EEUU. Uno de los mayores retos para poder atraer a la población indigente no es la de encontrarlos sino en crear confianza y demostrar consistencia a traves del tiempo para así promover cambios de comportamiento.

La mayoría de los albergues para desamparados ofrecen cama y baño por eso solo pueden estar personas del mismo sexo lo cual desanima a parejas heterosexuales estables. (9) El personal de estos albergues muchas veces está capacitado únicamente para proveer necesidades básicas y pueden mostrarse renuentes a aceptar las ofertas de los programas de prevención en los que se habla explícitamente de sexo y drogas ya que este tipo de actividades son prohibidas en este

tipo de hogares.

Qué se está haciendo?

Sexo, Juegos y Videocassettes" es un programa para indigentes con enfermedades mentales en la ciudad de Nueva York creado teniendo en mente la vida del albergue: juegos competitivos, cuentos y las películas de videos. Para muchos de estos hombres el sexo ocurre en áreas públicas mezclado con drogas, y al mismo tiempo rápido. Uno de los componentes del programa es la competencia para ver quien se pone o le pone a una banana un condón mas rápido (sin romper el condón)-lo cual les enseña la habilidad de usar el condón de forma rápida. El programa les permite tratar temas sexuales sin ser juzgados por ello. Este programa redujo el comportamiento sexual de riesgo tres veces. (10)

En San Francisco, CA se ofreció gratis la prueba del VIH a los desamparados en albergues, filas de comida, en los parques. A las personas VIH positivas se les refirió de inmediato a los programas de intervención. (5) Otro de los programas que ofrecieron la prueba trabajaron en conjunto con entidades encargadas de manejar este tipo de casos y ayudaron a responder a las múltiples necesidades de estos clientes tales como el acceso a cuidados médicos básicos, a programas para los UDIs, y otros servicios de salud mental. Los encargados de manejar los casos lograron mantener el contacto y establecieron una relación estable con los UDIs, muchos de los cuales estaban infectados con el VIH o eran enfermos mentales. (11)

Un proyecto piloto para mujeres desamparadas de la ciudad de Nueva York, entre las cuales algunas tenían sexo como medio de subsistencia y/o habían sido víctimas de violación o abuso sexual les ofrece métodos de protección que pueden usar aún bajo circunstancias extremas. A las mujeres se les da el "Advantage 24" (una gelatina con nonoxynol-9 que funciona por un lapso de tiempo) además de condones femeninos. Al igual que operan como un medio de control, estos proveen una base para que ellas sientan que tienen el poder. (12)

El "Teen Peer Outreach-Street Work Project" (proyecto de rescate por y para jóvenes de la calle) en San Diego, CA entrenó a jóvenes en las mismas circunstancias para que brindaran educación sobre como prevenir el VIH y a hacerse a cargo de estos casos. Se brindó información sobre como prevenir el VIH, al mismo tiempo ofrecían alimento, ropa e información sobre sitios donde dormir. El proyecto encontró la necesidad de crear mensajes apropiados al nivel de educación de esta población. (13)

Un programa de mujeres latinas desamparadas y drogadictas en los Angeles, CA encontró poca diferencia entre las que participaron en un programa tradicional sobre SIDA y otro de mayor duración, el cual era culturalmente apropiado cuyo énfasis era la resolución de problemas, reducción del riesgo, y la auto-estima. Los programas cortos, mas generalizados pueden ser los más adecuados para atender las necesidades más básicas entre la población marginada. (14)

Qué queda por hacer?

Se puede aprender mucho sobre prevención para la población de desamparados si seguimos los pasos de prevención y tratamiento de la tuberculosis (TB) aplicados a esta población. Para poder tratar la TB era necesario proveer necesidades básicas como un techo, comida y el acceso asegurado a cuidados de salud. Se han otorgado mas atención y mayores fondos para la población indigente en esta última década debido al riesgo al que se expone la población en general. La prevención del VIH merece igual dedicación y apoyo.

Se necesitan programas no tradicionales que estén al alcance de las poblaciones marginadas en sitios donde ellos acuden a obtener servicios básicos como en comedores, albergues, hoteles y clínicas. El personal que labora en estos sitios deberá educarse en lo que a prevención de SIDA se refiere. Es necesario compartir la información sobre intervenciones que hayan tenido un éxito entre alguna población/grupo específica para que estas puedan ser replicadas en varias instituciones. Los servicios de prevención deben ser realistas en cuanto a las expectativas de cambio, y deberá brindar metas mucho mas concretas que los desamparados puedan cumplir .

Es difícil conducir programas de prevención del VIH sin tener que encontrarse con el grave problema que encierra este mal. En 1981, el gobierno Federal empleó \$30 billones para subsidiar viviendas a bajo costo; en 1988 esta cifra había descendido a \$7 billones. Para poder detener la ola de epidemia del desamparo, del abuso de drogas y del SIDA entre otros, es imperante tener viviendas adecuadas, trabajo, educación, y acceso a los cuidados de salud. (2)

Preparado por Pamela DeCarlo, Ezra Susser MD, MPH, Jackie Peterson Tulsky, MD, traducción Romy Benard-Rodriguez

Quién Lo Dice?

1. Link BG, Susser E, Stueve A, et al. Lifetime and five-year prevalence of homelessness in the United States. *American Journal of Public Health*. 1994;84:1907-1912.

2. Sclar ED. Homelessness and housing policy: a game of musical chairs. *American Journal of Public Health*. 1990;80:1039-1040.

3. Allen DM, Lehman JS, Green TA, et al. HIV infection among homeless adults and runaway youth, United States, 1989-1992. *AIDS*. 1994;8:1593-1598.

4. Susser E, Valencia E, Conover S. Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. *American Journal of Public Health*. 1993;83:568-570.

5. Zolopa AR, Hahn JA, Gorter R, et al. HIV and tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults. *Journal of the American Medical Association*. 1994;272: 455-461.

- Contact: Jackie Peterson Tulskey 415/476-5325

6. St Lawrence JS, Brasfield TL. HIV risk behavior among homeless adults. *AIDS Education and Prevention*. 1995;7:22-31.

7. Fisher B, Hovell M, Hofstetter CR, et al. Risks associated with long-term homelessness among women: battery, rape, and HIV infection. *International Journal of Health Services*. 1995;25:351-369.

8. North CS, Smith EM. A systematic study of mental health services utilization by homeless men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1993;28:77-83.

9. Caton CM. Crisis shelter and housing programs. In: *Homeless in America*. New York: Oxford University Press, 1990.

10. Susser E, Valencia E, Torres J. Sex, games and videotapes: an HIV-prevention intervention for men who are homeless and mentally ill. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1994;17:31-40.

- Contact: Ezra Susser, 212/960-5763.

11. Brindis C, Pfeffer R, Wolfe A. A case management program for chemically dependent clients with multiple needs. *Journal of Case Management*. 1995;4:22-28.

12. Miller S, Collins P, Saez H, et al. Our selves, our bodies, our realities: an HIV-prevention intervention for women who are homeless and mentally ill. New York State Psychiatric Institute, 1995.

13. Podschun GD. Teen Peer Outreach-Street Work Project: HIV prevention education for runaway and homeless youth. *Public Health Reports*. 1993; 108:150-155.

- Contact: Rodney von Jaeger, 619/221-8622 X266.

14. Nyamathi AM, Flaskerud J, Bennett C, et al. Evaluation of two AIDS education programs for impoverished Latina women. *AIDS Education and Prevention*. 1994;6:296-309.

- Contact: Adey Nyamathi 310/825-9516.

Alentamos la reproducción de este documento; aunque, no se admite la venta de copias y UCSF deberá ser mencionada como fuente de esta información. Para obtener copias, llame por favor al Kaiser Family Foundation Publication Request Line al 800/656-4533, al National AIDS Clearinghouse al 800/458-5231. Estas hojas informativas están disponibles en inglés. Cualquier comentario o pregunta acerca de esta hoja informativa puede ser electrónicamente dirigido al FactsSheetM@psg.ucsf.edu. ©Abril 1996, University of California.

BACK [Para ir al índice de Hojas Informativas](#)

HOME [Para ir al índice del Centro de Estudios para la Prevención del SIDA \(CAPS\)](#)