

¿qué necesitan los desamparados para evitar el VIH?

revisado 9/05

¿quiénes son los desamparados?

El desamparo es un problema creciente en EE.UU. donde cada día más de 800,000 personas están sin hogar. Entre 2.3 y 3.5 millones de individuos se encuentran desamparados en algún momento del año.¹ Según el informe sobre el desamparo preparado en el 2004 por los alcaldes estadounidenses, el 70% de las ciudades encuestadas habían registrado un aumento en el número de solicitudes de albergue de emergencia durante el año previo.²

La población de desamparados en EE.UU. se divide normalmente en tres grupos: adultos solteros, familias y jóvenes. Se calcula que los adultos solteros componen el 54% de esta población, las familias el 40% y los jóvenes no acompañados un 5%.²

¿existe una prevalencia alta de VIH en las poblaciones desamparadas?

Los desamparados tienen peor salud y mayor mortalidad que la población en general.³ La prevalencia del VIH/SIDA varía mucho entre los subgrupos de personas sin hogar, pero por lo general excede a la de quienes cuentan con vivienda. La elevada prevalencia de infección, el acceso limitado a tratamiento y las pobres condiciones de vida han contribuido a que el VIH/SIDA ya sea una principal causa de muerte en esta población.⁴

Un estudio en San Francisco, CA reportó una prevalencia total del VIH del 10.5% entre adultos actualmente desamparados o con vivienda marginal, una tasa cinco veces mayor que la de la población general de San Francisco. El mismo estudio encontró una prevalencia del VIH del 30% entre los hombres desamparados que tienen sexo con otros hombres (HSH) y del 8% entre los desamparados usuarios de drogas inyectables (UDI).⁵

La relación entre el desamparo y el VIH parece ser un camino de doble sentido. Las personas VIH+ corren mayor riesgo de convertirse en desamparados debido a la discriminación y al alto costo de la vivienda y de la atención médica. Al mismo tiempo, los desamparados corren más riesgo de contraer el VIH.

¿cuáles son los riesgos para una persona desamparada?

Los desamparados viven en situaciones transitorias, por lo general en comunidades pobres con una alta prevalencia del VIH. Por lo tanto, si participan en conductas riesgosas la probabilidad de resultar infectado es mayor.

Los desamparados también están más afectados por problemas relacionados con las drogas, el alcohol y la salud mental que el resto de la población. Según un cálculo realizado en el año 2000, el 88% de los hombres solteros desamparados y el 69% de las solteras desamparadas tenía uno de estos tres trastornos.⁶ Casi un cuarto de toda la población adulta de solteros desamparados padece de enfermedad mental grave y persistente.¹ La impulsividad y la imprudencia que muchas veces se asocian con la enfermedad mental grave o con el abuso de drogas y alcohol contribuyen a conductas riesgosas tales como el contacto sexual sin protección y con múltiples parejas, el uso compartido de jeringas o el intercambio de sexo por drogas.

Las condiciones del desamparo y de la pobreza extrema también favorecen las conductas riesgosas. Por ejemplo, la mayoría de los albergues tienen áreas comunales para dormir y bañarse son exclusivamente para hombres o para mujeres y ofrecen poca privacidad. Estas restricciones impiden las relaciones sexuales estables.

Otras características comunes entre los desamparados y que están asociadas con las conductas de riesgo del VIH incluyen: experiencias adversas en la niñez tales como abuso físico y sexual,^{1,7} acoso sexual, violencia por parte de la pareja y otros historiales traumáticos, así como la falta de apoyo social.⁸

¿Quién lo dice?

1. Burt M, Laudan Y, Lee E, et al. Helping America's homeless: emergency shelter or affordable housing? Washington, D.C.: Urban Institute Press. 2001.

2. U.S. Conference of Mayors. A status report on hunger and homelessness in America's cities: 2004. www.usmayors.org/uscm/hungersurvey/2004/onlinereport/HungerAndHomelessnessReport2004.pdf (Accessed 9/13/05)

3. Burt MR, Laudan AY, Douglas T, et al. 1999 Homelessness: Programs and the People They Serve. Washington, DC: DHUD/DHHS.

4. Cheung AM, Hwang SW. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *Canadian Medical Association Journal*. 2004;170:1243.

5. Robertson MJ, Clark RA, Charlebois ED, et al. HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 2004;94:1207-1217.

6. North CS, Eyrych KM, Pollio DE, et al. Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing? *American Journal of Public Health*. 2004;94:103-108.

7. Herman DB, Susser ES, Struening EL, et al. Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? *American Journal of Public Health*. 1997;87:249-255.

¿cuáles son los obstáculos?

Una concepción falsa es que el mayor obstáculo en la prestación de servicios de prevención es el de localizar a los desamparados. En realidad, muchos de ellos son visibles por trabajar o vivir en la calle o son fáciles de encontrar en los albergues. Al formar relaciones de confianza, visitarlos continuamente durante un tiempo y aprovechar las redes sociales existentes, es posible encontrar y retener a los desamparados para atenderlos y darles seguimiento. En un programa de pruebas del VIH para desamparados con enfermedad mental grave, el 90% de los que se hicieron la prueba regresaron por los resultados.⁹

Las barreras y entornos institucionales pueden restringir las actividades de prevención del VIH. Muchos albergues sólo disponen del personal suficiente para brindar servicios básicos. Algunos son reacios a permitir que programas externos de prevención del VIH los visiten para hablar explícitamente sobre el sexo y las drogas o para distribuir condones a sus clientes, ya que estas actividades se prohíben en la mayoría de los albergues. La falta de lugares privados para ofrecer pruebas y consejería sobre asuntos delicados también puede ser un obstáculo.

¿qué se está haciendo al respecto?

La cantidad y calidad de los servicios para desamparados varía mucho a través de los EE.UU. Históricamente, estos programas han atendido a hombres solteros y pocos han formado redes de atención coordinada que faciliten la provisión de servicios integrales y continuos.¹ A continuación presentamos unos ejemplos de intervenciones eficaces diseñadas específicamente para atender a los desamparados con VIH o en riesgo de contraerlo.

Sex, Games and Videotapes es un programa para hombres desamparados con enfermedad mental en un albergue de la ciudad de Nueva York, NY. Este programa se basa en las actividades centrales de la vida en albergue: juegos competitivos, cuentos relatados y videos. Para muchos de estos hombres el sexo ocurre en lugares públicos, en forma apresurada y gira alrededor del consumo de drogas. Este programa permite comentar temas sexuales sin temor a reproches. Uno de los componentes es un concurso para ver quién coloca más rápido un condón (sin desgarrarlo) sobre un plátano, lo cual enseña habilidades importantes en el uso del condón. El programa triplicó la reducción de conductas sexuales de riesgo.¹⁰

Boston HAPPENS provee educación en salud, manejo de casos, atención médica básica, pruebas del VIH, consejería y servicios de salud mental para jóvenes VIH+ vulnerables, muchos de ellos desamparados. Los colaboradores de Boston HAPPENS ofrecen servicios sin cita previa y clínicas que dan a la calle en áreas donde los jóvenes se reúnen. Por medio del trabajo persistente de alcance comunitario y del manejo individualizado de casos, HAPPENS retiene a los jóvenes desamparados vulnerables.¹¹

Se ha comprobado que la provisión de vivienda e incentivos económicos reduce las conductas riesgosas tales como el sexo desprotegido, el consumo de drogas y el uso compartido de jeringas.^{12,13} Housing Works se especializa en la atención integral para desamparados VIH+ en la ciudad de Nueva York. Sus servicios abarcan las áreas de vivienda, atención médica, capacitación y colocación laboral, así como la promoción y defensa de derechos.¹⁴

¿qué queda por hacer?

Sigue siendo necesario brindar actividades de prevención eficaces en entornos de servicio culturalmente adecuados adonde acudan los desamparados, por ejemplo: comedores gratuitos, albergues, hoteles residenciales y clínicas. El personal de estas organizaciones debe recibir capacitación sobre métodos de prevención del VIH que tomen en cuenta los factores de riesgo concretos vinculados al desamparo, tener expectativas realistas de cambios y permitir que los desamparados se fijen metas concretas y factibles.

Es necesario formar redes coordinadas para que el personal remita a las personas rápida y fácilmente a los servicios que necesitan.¹⁵ Las intervenciones grupales que han funcionado en ciertos ámbitos deben diseminarse ampliamente y ser adaptadas para su uso en otros entornos.

Los intentos para evitar la transmisión del VIH entre los desamparados fracasarán si no se hace un esfuerzo concertado para responder mejor a sus necesidades de supervivencia, entre ellas las de vivienda a largo plazo, empleo, ingresos, nutrición adecuada, tratamiento contra las drogas y el alcohol, así como servicios médicos y de salud mental regulares. Lamentablemente, a pesar del anuncio de nuevas iniciativas para socorrer a los desamparados, las tendencias recientes de apoyos gubernamentales son desalentadoras y el creciente déficit presupuestario federal no augura los aumentos necesarios en el futuro próximo. Como una de las poblaciones más vulnerables de nuestra sociedad, los desamparados necesitan apoyo, respeto, protección y esfuerzos de prevención constantes.

PREPARADO POR NAOMI ADLER BA*, DAN HERMAN PHD**, EZRA SUSSER MD DRPH***

*CAPS, **NY STATE PSYCHIATRIC INST., *** COLUMBIA U MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Se autoriza la reproducción (citando a UCSF) mas no la venta de copias este documento. Para obtener copias llame al NPIN al 800/458-5231 o visite www.caps.ucsf.edu También disponibles en inglés. Comentarios o preguntas pueden dirigirse a: CAPS.Web@ucsf.edu ©Enero 2006, UCSF.

8. Zlotnick C, Tam T, Robertson MJ. Adverse childhood events, substance abuse, and measures of affiliation. *Addiction and Behavior*. 2004;29:1177-1181.

9. Desai MM, Rosenheck RA. HIV testing and receipt of test results among homeless persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161:2287-2294.

10. Susser E, Valencia E, Berkman A, et al. Human immunodeficiency virus sexual risk reduction in homeless men with mental illness. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55:266-272.

11. Harris SK, Samples CL, Keenan PM, et al. Outreach, mental health, and case management services: can they help to retain HIV-positive and at-risk youth and young adults in care? *Maternal and Child Health Journal*. 2003;7:205-218.

12. Aidala A, Cross JE, Stall R, et al. Housing status and HIV risk behaviors: implications for prevention and policy. *AIDS and Behavior*. 2005;9:1-15.

13. Riley ED, Moss AR, Clark RA, et al. Cash benefits are associated with lower risk behavior among the homeless and marginally housed in San Francisco. *Journal of Urban Health*. 2005;82:142-150.

14. Housing Works www.housingworks.org (Accessed 9/12/05)

15. Woods ER, Samples CL, Melchiono MW, et al. Initiation of services in the Boston HAPPENS Program: human immunodeficiency virus-positive, homeless, and at-risk youth can access services. *AIDS Patient Care STDs*. 2002;16:497-510.