

La intersección del estigma asociado al VIH y a las poblaciones migrantes: el riesgo de la doble vulnerabilidad para la salud psico-emocional

Beatriz Gullón-Peña¹, Michel Alpízar-López², José Antonio Pérez-Molina³

¹ Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC). Instituto de Salud Carlos III, Madrid

² Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas (AEEI)

³ Centro de Referencia Nacional para Enfermedades Tropicales. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC). Instituto de Salud Carlos III, Madrid

E-mail de correspondencia: beatriz.gullon@saludentreculturas.es

RESUMEN

El diagnóstico de VIH y el proceso migratorio comparten algunas similitudes en la respuesta emocional que ambos eventos provocan, pudiendo suponer una doble vulnerabilidad para la salud psico-emocional de las personas que experimentan ambos procesos simultáneamente. Además, hay características del proceso migratorio o de poblaciones migrantes concretas que impactan en el grado de estigma o en el afrontamiento del mismo. Por todo ello, y con el objetivo de mejorar la atención de la salud psico-emocional de las personas que viven con VIH, resulta fundamental crear programas y herramientas de atención y evaluación específicas para las poblaciones más vulnerables, prestando atención a la diversidad lingüística y cultural de cada individuo.

ABSTRACT

HIV diagnosis and the migration process share some similarities in the emotional response that both events provoke, which may pose a double vulnerability for the psycho-emotional health of people who experience both processes simultaneously. In addition, there are characteristics of the migration process or of specific migrant populations that have an impact on the degree of stigma or on how they cope with it. Therefore, in order to improve the psycho-emotional health care of people living with HIV, it is essential to create specific care and assessment programmes and tools for the most vulnerable populations, paying attention to the linguistic and cultural diversity of each individual.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la infección por VIH, que garantizan en la actualidad una supervivencia similar a la de la población general, su diagnóstico continúa siendo un suceso emocionalmente impactante como consecuencia de la estigmatización que supone. Por lo general, se trata de un evento que supone un marco divisor en la vida de la persona. Pero si además ocurre en el contexto de la migración su efecto negativo se multiplica.

Al abordar las respuestas o consecuencias emocionales de la migración, se trabaja en torno a tres elementos centrales: EL DUELO (duelo migratorio), LA ADAPTACIÓN (al contexto de acogida) y EL TRAUMA (en ocasiones vinculado a migraciones forzosas como consecuencias de conflictos o persecuciones).

Por otra parte, enfrentarse a un diagnóstico de VIH representa un camino intrincado que comprende fases que se inician con el momento del diagnóstico (evento potencialmente traumático), continúan con la adaptación a la condición de persona con VIH (fase de adaptación y duelo) hasta alcanzar una adherencia estable al tratamiento antirretroviral, una adaptación

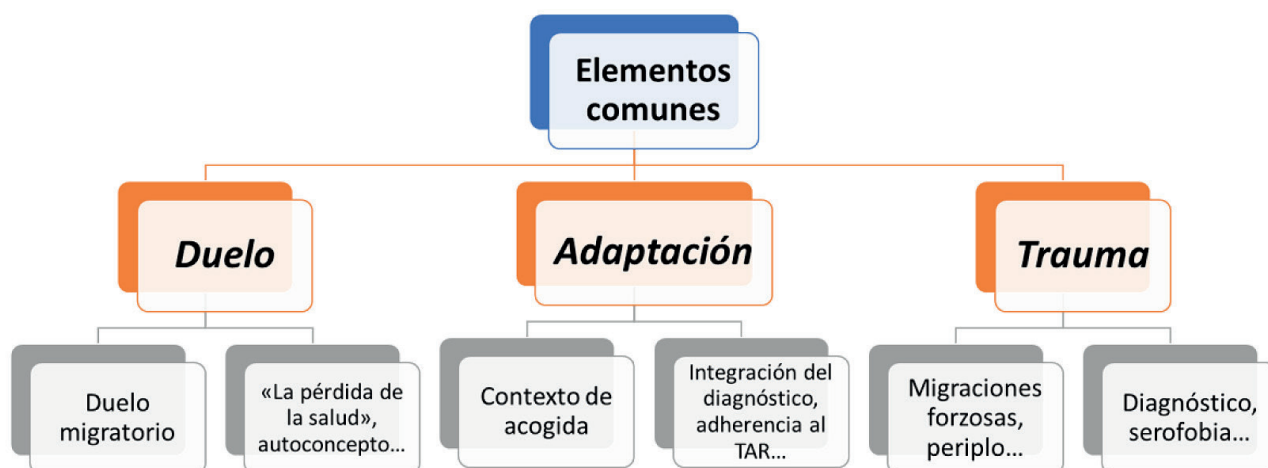
óptima a la rutina de seguimientos y analíticas y la integración del VIH como parte de la vida de persona, entre otras. En la actualidad, es la carga estigmatizante vinculada al VIH aún presente en la sociedad, la que dificulta en mayor medida este proceso.

Por ello, la intersección de la condición de migrante y el estigma vinculado al VIH puede suponer una doble vulnerabilidad para la salud emocional de estas personas.

A continuación se analiza cómo las respuestas emocionales vinculadas a estos elementos (duelo, adaptación y trauma) pueden agudizarse si el origen de la misma es doble: un diagnóstico de VIH y un proceso migratorio.

Las consideraciones recogidas en este documento se extraen de la experiencia de un programa de atención psicosocial cultural y lingüísticamente adaptado, dirigido a personas migrantes que presentan problemáticas psico-emocionales relacionadas con su condición de migrante y/o un diagnóstico sanitario de enfermedades tropicales importadas. Esta consulta de terapia individual, constituye una de las intervenciones centrales del programa de Psicología

FIGURA 1. ESQUEMA DE LAS CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LA CONDICIÓN DE MIGRANTE Y LA CONDICIÓN DE PERSONA VIH+ ALREDEDOR DE LOS TRES ELEMENTOS PRINCIPALES DE AMBOS PROCESOS VIVENCIALES. CREADA PARA LA PONENCIA SOBRE LA INTERSECCIÓN DEL ESTIGMA ASOCIADO AL VIH Y A LAS POBLACIONES MIGRANTES DE LA REUNIÓN CIENTÍFICA DE SEISIDA (2023).



Transcultural, el quinto de los cinco programas que conforman actualmente el proyecto Salud Entre Culturas (SEC), proyecto de salud pública vinculado al Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid⁽¹⁾.

Desde el enero de 2019 hasta septiembre de 2023, se han atendido un total de 243 personas migrantes con VIH en la consulta, siendo los problemas emocionales vinculados a un diagnóstico de VIH (aceptación del diagnóstico, develamiento, problemas de adherencia al tratamiento, etc.) el motivo de consulta expresado más frecuente entre las personas atendidas (el 50,4% de los casos). Además, en muchos casos, a lo largo del proceso terapéutico, éste se convertía en un problema central de la terapia a pesar de no haber sido expresado inicialmente como motivo de consulta.

Por otro lado, entre los que expresaban un segundo motivo de consulta, los problemas de aceptación del diagnóstico venían acompañados de otros motivos –vinculados tanto al diagnóstico como al proceso migratorio– como ansiedad (48,3%), trastorno adaptativo (12,1%), trastorno ansioso-depresivo (8,6%), sintomatología depresiva en general (6,9%), trastorno de estrés postraumático (5,2%) o duelo migratorio en un 3,4% de los casos. Es importante mencionar, que aquí se recogen los motivos iniciales de consulta, no obstante, en la práctica, muchas veces éstos pueden ir evolucionando o cambiando a lo largo del proceso terapéutico.

DUELO

Las reacciones emocionales que pueden producirse tras un diagnóstico de VIH pueden vincularse a aquellas que tienen lugar en un proceso de duelo⁽²⁾. Por otro lado, autores como Achotegui (2002), Valladares (2004) o Tizón (1993)⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ identifican algunas características propias del tipo específico de duelo vinculado a la migración: el duelo migratorio. A través de nuestra experiencia, hemos comprobado que ambos pro-

cesos de duelo comparten similitudes y características comunes:

La pérdida múltiple

Las pérdidas tras un proceso migratorio generan un duelo por la familia y los amigos, por la lengua, por la cultura, por la tierra, por el estatus social, por el contacto con el grupo étnico, por los riesgos ligados a la migración y por el estatus profesional (este último fue añadido posteriormente por Brik, E., 2007)⁽⁶⁾.

A su vez, al recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica y que todavía no tiene curación como la infección por VIH, la persona puede sentir que pierde su salud, que pierde la visión de futuro que podía tener hasta ese momento e incluso puede perder parte del concepto de sí misma⁽⁷⁾. Además, como consecuencia del estigma, pueden producirse pérdidas de relaciones afectivas o incluso que la persona, rompa vínculos previos al diagnóstico como consecuencia de su propio autoestigma o estigma anticipado.

La ambivalencia continua

Tras una migración, la persona va desarrollando su proyecto migratorio, y los logros y éxitos parciales resultan reconfortantes. No obstante, en ocasiones producen emociones contradictorias: alegría-tristeza; logros-deseesperanza; ausencia-presencia, etc. Esta constante ambivalencia, tal y como defendía González Calvo (2005)⁽⁸⁾ favorece el llamado “duelo perpetuo”.

Por su parte, en el caso de las personas VIH positivas, los logros como el acceso al TAR (no siempre una tarea fácil para la población migrante), alcanzar la carga viral indetectable, lograr una buena adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR), reducir o eliminar los efectos secundarios del tratamiento o el develamiento del estado serológico con buena respuesta por parte de las redes de apoyo, también pueden resultar reconfortantes. Sin embargo, como consecuencia del estigma y el autoestigma (p.e. actitudes o

conductas discriminatorias vividas en primera o tercera persona) pueden experimentarse también emociones contradictorias de forma continua.

Además, estas contradicciones emocionales también pueden ser producidas por la ambivalencia entre otros elementos como: la percepción de salud (bienestar físico) frente a la sensación de enfermedad (por la toma diaria del TAR como recuerdo de enfermedad crónica o por los seguimientos médicos programados); las emociones de culpa o vergüenza derivadas del autoestigma frente al proceso de auto-aceptación y empoderamiento como persona que vive con VIH; o el miedo a la revelación de su condición.

La pérdida ambigua

En relación a las migraciones, la autora Boss, P. (2001)⁽⁹⁾ acuñaba el concepto “pérdida ambigua” para referirse al tipo de pérdida que se caracteriza por ocurrir sin un cierre, sin comprensión, y dejando al individuo en busca de respuestas. Es descrita por estos autores como una pérdida poco clara, parcial (en tanto que el “objeto” de la pérdida no desaparece como tal y para siempre, sino que existe la posibilidad de reencontro), y recurrente (con gran facilidad para reactivarse). Se trata de una pérdida difícil de objetivar, una pérdida que supone vida y ausencia, fantasía y reencontro, generando dificultades de elaboración del duelo por no existir una ruptura real con el “objeto” de la pérdida⁽⁹⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Existen también en este sentido similitudes con el tipo de “pérdida” vivenciada tras un diagnóstico de VIH. En este caso, se puede tener una sensación de incompreensión o de ausencia de cierre, generando también una necesidad de búsqueda de respuestas (en ocasiones relacionadas con la forma de adquisición o la necesidad de trasladar la responsabilidad a otro: “la búsqueda de culpables”). La sensación de “pérdida de la salud”, o la pérdida de una parte de la propia identidad que pueden experimentar las personas con VIH, también puede ser vivenciada como una

pérdida poco clara, parcial (en tanto que la persona con los tratamientos actuales no experimenta a penas síntomas físicos, manteniendo una sensación de bienestar físico y de salud), recurrente (con gran facilidad para reactivarse ante conductas y actitudes discriminatorias – estigma, toma del TAR). Por último, se trata a su vez también de una “pérdida” difícil de objetivar, una “pérdida” que puede suponer una constante dualidad emocional entre la salud y la enfermedad.

Afecta a la identidad

Una experiencia migratoria, a menudo genera un conjunto de sentimientos de doble pertenencia y una necesidad de reedición de la identidad. Por su parte, el autoestigma ligado al VIH, tiene un impacto directo en la identidad por los sentimientos de culpa, vergüenza, fracaso, sensación de vulnerabilidad frente al entorno, devaluación o victimización, o despersonalización (sensación de llevar algo “extraño” dentro del organismo) que puede producir en las personas que reciben el diagnóstico⁽¹⁰⁾. En muchas ocasiones, especialmente en las primeras etapas tras el diagnóstico, ser portador de VIH se convierte en un elemento identitario central para la persona que produce un intenso malestar emocional.

Es transgeneracional

Otro de los aspectos comunes de ambos procesos sería que, en muchos casos, afecta tanto al individuo, como a la familia y el entorno. En el caso de la condición de migrante y sus intersecciones, muchas veces se extiende a nivel vivencial a los hijos e hijas de estos que ya han nacido en el país de acogida (actitudes de discriminación, problemas identitarios, etc.). A su vez, el estigma hacia el VIH, en muchas ocasiones afecta o puede afectar a los familiares, parejas y entorno de la persona que vive con VIH.

Por todo ello, la transición por las fases del duelo y el proceso de elaboración del mismo, puede com-

plicarse por el doble origen de la sintomatología vinculada a cada fase.

ADAPTACIÓN

Es importante tener en cuenta que la llegada a un nuevo país supone el comienzo de un proceso de adaptación a muchos niveles; las manifestaciones psicológicas se disponen en un continuo normal-anormal de manera que, reacciones que en un primer momento pueden resultar adaptativas, al mantenerse en el tiempo pueden convertirse en anormales⁽¹¹⁾.

Por su parte, un diagnóstico de VIH puede suponer un fuerte impacto en la vida de una persona por diversos motivos, siendo en la actualidad el estigma el que mayor impacto tiene y el que puede dificultar en mayor medida el proceso de adaptación a la condición de persona con VIH.

El proceso de adaptación a estos estresores, dependerá de las estrategias de afrontamiento de cada persona, además de otros elementos que pueden favorecer o dificultar el proceso adaptativo: redes de apoyo, información previa, estabilidad social, acceso a los recursos sanitarios, grado de adherencia y de seguimiento médico, estrategias de autocuidado y el grado de autoestigma y estigma anticipado, entre otras.

Por ello, el hecho de que en muchas ocasiones la población migrante no disponga de redes de apoyo afectivo, vivan en una situación socio-económica inestable, no tengan cubiertas sus necesidades básicas o no tengan un acceso adecuado al sistema sanitario (por falta de información, barrera lingüística, diferencias culturales o barreras institucionales) y provengan de culturas con un alto grado de desinformación y estigma, puede provocar que esta población sea más vulnerable a presentar problemas de adaptación al diagnóstico.

Además, a nivel de expectativas, por una parte, la persona que migra tiene expectativas a mejor en su imaginario, que no siempre se realizan, pudiendo pro-

vocar una intensa frustración y una necesidad de adaptación de las mismas; y por otra, la persona que recibe un diagnóstico de VIH puede presentar expectativas a peor en su imaginario como consecuencia de los prejuicios y estigmas vinculados al VIH, que será necesario readaptar con el fin de elaborar un proceso de adaptación sano. Estos procesos de readaptación de expectativas simultáneos pueden generar un intenso malestar emocional por las contradicciones emocionales que se experimentan.

TRAUMA

El trauma psicológico es una respuesta a un evento (tanto breve como prolongado) que una persona encuentra altamente estresante por suponer una amenaza para la integridad física, psíquica o moral de la persona⁽¹²⁾. Es por ello que todavía en la actualidad, y a pesar de los avances médicos en relación a los tratamientos antirretrovirales, un diagnóstico de VIH, como consecuencia del estigma, puede seguir siendo percibido como una amenaza para estas áreas del individuo, convirtiéndola así en una experiencia potencialmente traumática.

En muchas ocasiones las personas migran como consecuencia de diversos eventos traumáticos vinculados al estigma por VIH y que suponen una amenaza grave para la integridad moral, psicológica e incluso, en ocasiones, física de estas personas: momento del diagnóstico traumático (discriminación en contexto sanitario), acoso, persecuciones y/o discriminación en diferentes contextos (social, laboral, administrativo).

También puede darse el caso de que la persona haya migrado en el contexto de una migración forzada no vinculada a un diagnóstico de VIH pero que pudo ser producido por uno o varios eventos traumáticos (guerras, conflictos políticos, catástrofes, inseguridad, abusos y persecuciones, el propio viaje/periplo), y una vez en el país de acogida, recibir el diagnóstico.

El cualquier caso, el doble origen de las respuestas emocionales vinculadas al trauma, pueden generar mayores dificultades de afrontamiento del mismo.

FACTORES CONDICIONANTES DE LA MIGRACIÓN EN LA VIVENCIA DEL ESTIGMA VINCULADO AL VIH

Es fundamental tener en cuenta que la condición de migrante, no supone por sí mismo un factor determinante en el afrontamiento de un diagnóstico de VIH y en la vivencia del mismo. Sin embargo, según nuestra experiencia y tal y como respaldan investigaciones como la de Pereira de Rêgo Barros (2013)⁽¹³⁾, sí existen ciertos elementos como la posición socioeconómica, el estatus legal, la cultura, el grado de educación e información, las creencias religiosas o el género, que pueden influir en cómo las poblaciones migrantes afrontan el diagnóstico de VIH.

Cada persona arrastra un conjunto de experiencias único, está enraizado en una cultura y sociedad (o sociedades) concreta y ha enfrentado circunstancias determinadas a nivel vital que hacen que sea necesario no perder de vista la idiosincrasia de cada persona cuando vamos a evaluar sus reacciones emocionales ante un hecho específico.

A continuación se muestran algunos ejemplos de factores condicionantes de la vivencia del estigma hacia el VIH vinculado a la migración o a orígenes culturales concretos que han sido extraídos de la experiencia en la atención a personas migrantes con VIH:

Grado de información y creencias sociales previas

En cuanto al grado de conocimiento acerca del VIH y cómo se enfrenta, está claro que la diversidad entre los grupos migrantes es amplia, con distinciones notables en ámbitos culturales, económicos, educativos y profesionales.

Desde nuestra experiencia, las poblaciones que por lo general muestran mayores dificultades de afrontamiento e integración del diagnóstico suelen ser aquellas en las que el VIH aún sigue íntimamente vinculado a la muerte en su ideario social y cultural como consecuencia de un mayor grado de desinformación. También presentan un menor grado de información las personas que pertenecen en origen a sociedades fuertemente influenciadas por los dogmas religiosos. Un ejemplo de ello suelen ser las personas de origen africano y de religión musulmana.

Suelen ser las poblaciones con mayor grado de desinformación las que presentan mayor permisividad y normalización hacia las actitudes y conductas estigmatizantes, provocando en la persona VIH positiva más posibilidades de estancamiento en la fase de negación y a su vez, mayores dificultades de adherencia al tratamiento.

De entre las 243 personas migrantes con VIH atendidas en nuestro programa de Psicología Transcultural, los problemas relacionados con la aceptación del diagnóstico de VIH suponía el motivo principal de consulta en el 100% de las personas de origen magrebí y el 80% de las personas de África Subsahariana; frente al 57,1% de europeos, el 50% de las personas de América Central y el 46,4% de América del Sur.

— *“Me gustaría saber si puedo casarme y formar una familia en España teniendo esta enfermedad”*. Varón – 33 años – Argelia – musulmán.

— *“Cuando me diagnosticaron VIH en mi país también me diagnosticaron tuberculosis y me aislaron en una habitación, no sé si puedo contagiarte por tocarte. En mi casa, mi familia también me pidió que me aislara y me rechazaron”*. Varón – 33 años – Argelia – musulmán.

— *Yo tengo una pregunta [...], no tanto en relación a Europa sino pensando más en África. El término VIH, ¿no se puede cambiar? ¿No se le puede poner otro nombre? Porque el cambio de nombre*

serviría para salvar vidas en África. De verdad, os digo que hay que cambiar la palabra VIH. El problema es que, en África, la imagen que enseñaron inicialmente del VIH/Sida era igual a muerte. Y eso no va a cambiar en la cabeza de las personas africanas. Entonces, si por favor, la ciencia pudiera cambiar ese nombre, sería muy importante. Porque en África, simplemente el hecho de que te hablen de VIH, hace que la gente ni siquiera vaya al médico a hacerse las pruebas, e incluso que ni vaya a tomar el tratamiento. Solo la gente rica, entiendo que porque buscan otros métodos, acceden al tratamiento, mientras que son los pobres los que están muriendo día a día por culpa de esta enfermedad. Mujer – 42 años – Mali.

RELIGIÓN

Tal y como mencionábamos con anterioridad, la religión juega un papel importante en el grado de estigma hacia el VIH. El motivo se fundamenta en que las culturas fuertemente arraigadas e influenciadas por la religión, con frecuencia vinculan el diagnóstico a creencias místicas (de base religiosa), poco racionales e influenciadas por tabúes religiosos. Son estos últimos, especialmente aquellos que tienen que ver con la sexualidad, los que complican el afrontamiento y la aceptación del diagnóstico.

Optar por remedios mágicos y no científicos, es según Bueno Abad y Barros (2009)⁽¹⁴⁾, una conducta que tiende a surgir al enfrentar la seropositividad, sobre todo en culturas con fuerte influencia religiosa, que mantienen una relación más íntima con sus raíces folclóricas.

Son las comunidades musulmanas las que más ampliamente presentan estas características, pero también están presentes en otras comunidades de fuerte influencia religiosa (católicas, etc.).

– “Una vez tuve una experiencia paranormal en la que un espíritu maligno me dijo que si renunciaba a Dios me libraría del VIH, esto fue poco después del diagnóstico”. Varón – 28 años – Brasil – católico.

– “[...] Por eso, muchas veces, sobre el tema del estigma, además del miedo a la sociedad, el miedo más grande es a Dios”. Participante de grupo focal – Intérprete/mediadora en ámbito sanitario. Mujer – Argelia – musulmana

– “Porque todavía hay algún paciente que me ha dicho que “como es un castigo divino, digan lo que digan los médicos, como ha venido solo, voy a hacerme un buen musulmán para que se vaya solo”, y otros que dicen “tome la pastilla o no, el VIH me matará en cualquier momento”. Participante de grupo focal – Intérprete/mediadora en ámbito sanitario. Mujer – Argelia – musulmana

– La muerte también les preocupa mucho (musulmanes), porque les preocupa morir de VIH y tras la muerte, creen que llegarán al paraíso con la frase “muerto por VIH” escrita en la frente”. Participante de grupo focal – Intérprete/mediadora en ámbito sanitario. Mujer – Argelia – musulmana.

– “Para nosotros (musulmanes), es después de la muerte cuando empieza el juicio de lo que has hecho en vida. Entonces, estás en la vida y sientes que estás muerto por tener VIH, y una vez mueres, empieza ya el juicio por haber tenido VIH”. Participante de grupo focal – Intérprete/mediadora en ámbito sanitario. Mujer – Argelia – musulmana.

MUJER

El hecho de ser mujer en algunas culturas y sociedades en las que existen aún roles y estereotipos muy marcados vinculados a la mujer –especialmente relacionados con la posición como esposa y madre– actitudes y conductas machistas tanto a nivel social como institucional, supone un elemento de vulnerabilidad extra que impacta directamente en la vivencia del VIH.

Es importante destacar que numerosas mujeres africanas enfrentan una alarmante susceptibilidad a la infección debido a su limitada capacidad para expresar e imponer sus necesidades en el contexto de la

pareja. Esta situación no solo se limita al riesgo de infección, sino también a las estrategias de afrontamiento del diagnóstico. Muchas de estas mujeres ni siquiera tienen el derecho a informarse adecuadamente sobre su condición debido a las circunstancias de subordinación en las que se encuentran dentro de la pareja.

Teniendo en cuenta los datos de nuestra consulta, los problemas de aceptación del diagnóstico de VIH suponían el motivo principal de consulta entre el 78,6% de las mujeres atendidas, frente al 46,2% de los hombres, independientemente de su origen.

— *“A veces, cuando venía a la consulta con mi médica, yo le decía “la culpa es de mi marido, él es el culpable de que yo esté aquí”. [...] Y la mayoría de las mujeres que van al mismo servicio de infecciosas que sus maridos (porque ambos tienen VIH), ven la vida negra”.* Mujer – 40 años – Marruecos – musulmana.

— *“En África aún se relaciona el hecho de tener VIH, con relaciones sexuales promiscuas, con prostitución. Por eso no vamos ni a hacernos la prueba”.* Mujer – 42 años – Mali.

— *“[...] mi exmarido fue quien me lo pegó, me pasó esta suciedad. [...] He estado años sin apenas tocar a las personas que quiero pensando que podía pegárselo por tocarles. Por su culpa. ¿Quién me va a devolver todos esos años? Mujer – 55 años – Marruecos – musulmana.*

PROCESO MIGRATORIO

El desarraigo afectivo y el miedo son, según Pereira de Rêgo Barros (2013)⁽¹³⁾, los factores principales involucrados en el afrontamiento del VIH. El primero es objetivado a través del sentimiento de soledad, típico de la condición de migrante, que en muchos casos mantiene relaciones sociales muy superficiales y diferentes de las mantenidas en su lugar de origen. En el caso de añadirse la seropositividad a la condición de migrante, el sentimiento de soledad y desarraigo se

puede desarrollar de forma más potente afectando a la salud psicológica de estas personas.

Además, las emociones de miedo e incertidumbre que muchas veces genera el propio proceso migratorio (periplo, situación administrativa, acceso al sistema sanitario, búsqueda de trabajo, inestabilidad económica y social) pueden verse agudizadas por el impacto emocional del estigma hacia el VIH.

ESTIGMA HACIA EL VIH COMO MOTIVO DE LA MIGRACIÓN (PRE-MIGRACIÓN)

Como se mencionaba anteriormente, un diagnóstico de VIH puede convertirse en el motivo principal de una migración cuando este se da en sociedades o contextos en los que existe un alto grado de desinformación y en consecuencia, un mayor grado de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH.

— *“Tras mi diagnóstico empecé a colaborar con entidades sociales que trabajaban con personas con VIH en Guatemala. En una ocasión me ofrecieron grabar un reportaje contando mi historia, lo hice, aunque sabía que podía haber represalias. Un año después empecé a recibir amenazas de muerte, incluso llegaron a intentarlo una vez. Me vine aquí para evitar que me mataran”.* Hombre – 30 años – Guatemala.

— *“En mi trabajo se enteraron de que tenía VIH por una baja que tuve que cogerme y desde ese momento empezaron a boicotearme hasta que lo dejé, no podía más. Me vine a España para huir de todo eso”.* Hombre – 31 años – Colombia.

— *“Yo era atleta de élite, formaba parte de la selección de mi disciplina deportiva en mi país, hasta que sin mi consentimiento, me hicieron una prueba de VIH, con resultado positivo, entonces me sacaron del equipo, me humillaron, divulgaron mi diagnóstico sin mi autorización”.* Varón – 44 años – Venezuela.

ESTIGMA HACIA EL VIH Y PERIPLO MIGRATORIO (DURANTE LA MIGRACIÓN)

A su vez, en muchas ocasiones, vivir con VIH dificulta aún más si cabe un proceso migratorio complicado o traumático. La incertidumbre, el miedo y la sensación de desamparo que muchas veces experimentan las personas que se ven obligadas a migrar en condiciones complicadas o de riesgo, se intensifican cuando deben transitar este proceso con la carga que en ocasiones supone vivir con una enfermedad crónica como la infección por VIH. Además, el estigma hacia el VIH, puede agudizar aún más esta sensación de miedo y desarraigo afectivo durante la migración.

— *“Lo que más me ha costado del proceso migratorio (diferentes países antes de llegar a España), ha sido el tener que hacer en cada sitio al que llegaba el proceso administrativo de acudir al hospital a por mi tratamiento antirretroviral, que se hacía doblemente difícil por el estigma y por ser migrante. Todo este proceso me ha dejado emocionalmente agotado”.* Hombre – 29 años – Venezuela.

— *“Tuve que venir de mi país en patera, estuve 27 horas en el mar y en el viaje perdí parte de mi tratamiento antirretroviral. Estuve mucho tiempo sin tomarlo hasta que expliqué mi enfermedad. Además, al no hablar español no podía explicarme bien”.* Hombre – 33 años – Argelia.

ESTIGMA HACIA EL VIH COMO ELEMENTO DE VULNERABILIDAD EN LA PERSONA MIGRADA (POST-MIGRACIÓN)

Por último, el estigma hacia el VIH también puede suponer en muchas ocasiones un elemento de vulnerabilidad extra en la persona migrada, que tiene que enfrentarse a un proceso de adaptación al país de acogida, lidiando con las respuestas emocionales

propias de un proceso adaptativo (estrés, ansiedad, mayor estado de alerta, incertidumbre) sumado a las emociones de vergüenza o miedo al rechazo producidas por el estigma social hacia el VIH.

Además, para muchas personas que viven con VIH, el acceso a un tratamiento médico adecuado supone una de las motivaciones principales para migrar. Si en el proceso de adaptación y duelo por lo dejado atrás experimenta dificultades, barreras o falta de apoyo social y afectivo, puede producirse un malestar emocional muy intenso vinculado a la sensación de “estar atrapado” en el país de acogida como consecuencia de su estado serológico.

— *“Al llegar a España me acogió un primo que tengo aquí porque no tenía donde quedarme, pero cuando se enteró de que tenía VIH, me echó de casa y tuve que buscarme la vida como pude”.* Hombre – 26 años – Colombia.

— *“Me da miedo perder mi seguro privado y mi visado si en el seguro descubren que tengo VIH”.* Hombre – 53 años – Venezuela.

— *“Me siento atrapado. La única forma de descansar (emocionalmente) sería volviendo a mi país, a mi casa. Pero si vuelvo podría morir, porque no puedo estar seguro de recibir un tratamiento y seguimiento médico adecuado”.* Hombre – 53 años – Venezuela.

RECOMENDACIONES

Por todo lo mencionado, y en la línea del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida⁽¹⁵⁾ los objetivos ‘90-90-90’, y más concretamente el “cuarto 90”⁽¹⁶⁾, que tiene como objetivo alcanzar un 90 por ciento de personas con VIH con buena calidad de vida, desde el punto de vista de la intervención psicosocial, resulta fundamental seguir poniendo el foco en el estigma asociado al VIH. Además, ya están en marcha las acciones destinadas a promover las nuevas metas marcadas para el 2030: alcanzar el 95-95-95, que comparte con el anterior el objetivo de la cero

discriminación hacia las personas que viven con el VIH⁽²⁰⁾.

A su vez, Lazarus et. al (2021) defendían en su documento de consenso sobre el papel de los sistemas sanitarios en la promoción del bienestar a largo plazo de las personas que viven con VIH, que estos deben ampliar el enfoque de la atención al VIH. Este enfoque más amplio permitirá a las personas con VIH experimentar un bienestar óptimo a largo plazo, en consonancia con la realización del derecho humano a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Este proceso de consenso dio como resultado 31 puntos con los que los miembros del panel de expertos expresaron un alto nivel de acuerdo. La declaración de consenso refleja el estado actual de los conocimientos sobre los retos relacionados con la salud de las personas que viven con VIH en los ámbitos clave de la multimorbilidad, la CVRS y el estigma y la discriminación, así como el abordaje de las necesidades psicosociales asociadas a estas cuestiones.

Por ello, para que estas acciones realmente impacten en la amplia mayoría de la población, sin dejar fuera a poblaciones con mayores limitaciones de acceso a la información y recursos (como las personas migrantes en situación de vulnerabilidad), consideramos que resulta fundamental seguir trabajando en la creación y desarrollo de proyectos y programas específicos de atención psicosocial a poblaciones migrantes con VIH que estén adaptados cultural y lingüísticamente. Tal y como defiende Pereira de Rêgo Barros (2013)⁽¹³⁾, no existe un enfoque único para todos; por lo tanto, es fundamental abordar cada situación con empatía y comprensión, considerando la multiplicidad de factores que configuran la experiencia de cada individuo.

Es vital considerar las percepciones, imágenes y entendimientos previos, ya sean colectivos o individuales, que una persona o grupo tiene sobre una enfermedad. Esto nos permite diseñar tácticas de intervención adecuadas y específicas para cada grupo⁽¹⁸⁾.

Por todo ello, es imprescindible poner el foco en el desarrollo de herramientas de cribado para facilitar la detección de los problemas que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con VIH⁽¹⁹⁾ que, a su vez, estén validadas culturalmente para las diferentes poblaciones. Además, debemos seguir formando y sensibilizando, tanto a la población general, como a los agentes encargados de la atención a estas poblaciones, para que puedan conocer las diferentes realidades e intersecciones que impactan en la salud psico-emocional y la calidad de vida de estas poblaciones y dar así, una atención adecuada y adaptada a las necesidades específicas de cada persona.

** Los testimonios incluidos en el presente artículo, han sido extraídos de las consultas del programa de Psicología Transcultural de la ONG Salud Entre Culturas y de grupos de discusión llevados a cabo en el marco de un proyecto de investigación más amplio relacionado con la calidad de vida de las personas migrantes con VIH.*

REFERENCIAS

1. <https://www.saludentreculturas.es/que-hacemos/psicologia-transcultural/>
2. Núñez-Huante, LF. "El proceso de duelo en las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) desde la perspectiva de los psicoterapeutas." (2018).
3. Achotegui-Loizate, J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Mayo (2002).
4. Valladares, M. "Los siete duelos del migrante." FIDES del 19 (2004).
5. Tizón García, J. L., Salamero, M., Pellejero, N., Sainz, F., Atxotegi, J., San José, J., & Díaz- Munguira, JM. Migraciones y salud mental. Barcelona: Promociones y publicaciones Universitarias. (1993).
6. Brik, E. "La psicoterapia transcultural la interacción con el otro diferente." (2007).
7. González-Baeza, A. Experiencia emocional de la persona que vive con el VIH. XXIV Jornadas de Formación ViiV para ONG: Los restos de vivir con el VIH en 2020. (2021).

8. González-Calvo, V. El duelo migratorio. *Trabajo Social*, (7), 77-97. (2005).
9. Boss, P. La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no determinado. Vol. 141630. Editorial Gedisa (2001).
10. Arístegui, I., Pemoff, R., Flighelman, M., Warth, S., Vergani, F., Zalazar, V. & Mercado, A. Abordaje psicológico de personas con VIH. Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huésped (2013).
11. de Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos. "Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados." Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016).
12. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana (2000).
13. Pereira Do Rêgo-Barros, A. Vulnerabilidad y afrontamiento del VIH-SIDA en el contexto de la inmigración: un estudio cualitativo. Diss. Universitat de València (2013).
14. Bueno Abad y Barros, A. P. R. Representaciones sociales de la seropositividad entre Brasil y España: Un acercamiento cualitativo. *Trabajo Social y Salud*, n. 64, p. 27-52 (2009).
15. ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Ginebra (2014).
16. Lazarus, J.V., Safreed-Harmon, K., Barton, S.E. et al. Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. *BMC Med* 14, 94 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0640-4>
17. Lazarus, J. V., Safreed-Harmon, K., Kamarulzaman, A., Anderson, J., Leite, R. B., Behrens, G., ... & Waters, L. Consensus statement on the role of health systems in advancing the long- term well-being of people living with HIV. *Nature communications*, 12(1), 4450 (2021).
18. Bueno Abad, J. R., Madrigal Vilches, A. Y. y Mestre Luján, F. J. El SIDA como enfermedad social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, p. 33-55 (2005).
19. Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Safreed-Harmon, K., Pastor de la Cal, M., Laguia, A., Nanche, D., & Lazarus, J. V. Development of a clinic screening tool to identify burdensome health- related issues affecting people living with HIV in Spain. *Frontiers in psychology*, 12, 681058 (2021).
20. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). DOCUMENTS: Fast-Track - Ending the AIDS epidemic by 2030. (2014) Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf.