



VNIVERSITAT ID VALÈNCIA
Doctorado en Psicología Social y de las Organizaciones

TESIS DE DOCTORADO:

**VULNERABILIDAD Y AFRONTAMIENTO DEL VIH/SIDA EN EL
CONTEXTO DE LA INMIGRACIÓN: UN ESTUDIO CUALITATIVO**

Doctorando: Airton Pereira de Rêgo Barros

Director: Dr. José Ramón Bueno Abad

Valencia, 18 de Octubre de 2012

UNIVERSIDAD DE VALENCIA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA SOCIAL Y DE LAS ORGANIZACIONES

TESIS DE DOCTORADO:

VULNERABILIDAD Y AFRONTAMIENTO DEL VIH/SIDA EN EL
CONTEXTO DE LA INMIGRACIÓN: UM ESTUDIO CUALITATIVO

Director: Dr. José Ramón Bueno Abad

Airton Pereira do Rêgo Barros

Doctorando

Valencia, 18 de Octubre de 2012

CON AMOR, RESPECTO Y GRATUTUD,

A MI PADRE AUGUSTO DO RÊGO BARROS

AGRADECIMIENTOS

A mi fallecida madre Maria Ivete Pereira Barros, que con su inteligencia y cultura me despertó el interés por el arte y el conocimiento;

Al profesor José Ramón Bueno Abad, por la oportunidad, confianza, paciencia y dedicación a mi confiadas;

A la Universidad Federal de Uberlândia, que me ha dado la oportunidad de hacer esta tesis;

Al Gobierno de la Republica Federativa de Brasil, que me ha proporcionado las condiciones financieras para realizar este doctorado;

A mis hermanos, en especial a mi hermana mayor, Izabel Pereira Barros, que siempre me ha estimulado a seguir adelante, cumplido dignamente la función de darme el apoyo y transmitirme los valores morales cultivados por nuestros padres;

A los participantes de esta investigación, que con su generosidad y atención han sido las piezas fundamentales para la realización de esta investigación;

A las instituciones colaboradoras: Valencia Acoge, Comité Ciudadano Anti-Sida, Calcicova, Colectivo lambda, CAST, Cáritas Diocesana, Cruz Roja, Aracova, Avar, Médicos del Mundo, Asociación Valenciana de Caridad, Cips y Avacos

A mis amigos y colegas brasileños y españoles, pues sin su apoyo emocional y afectivo no habría superado los momentos de dificultad y soledad a los que tuve que enfrentar en un país nuevo.

ÍNDICE

Lista de Figuras y Cuadros	13
Lista de Gráficos y Tabalas	15
RESUMEN	17
ABSTRACT	19
PRESENTACIÓN	21

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	27
1.1. Algunas Reflexiones sobre la Inmigración en España	31
1.2. Vulnerabilidad, Exclusión Social e Inmigración	40
1.3. El VIH/Sida en la Actualidad	51
1.4. Población Inmigrante y VIH/Sida	63
1.5. Representaciones Sociales del VIH/Sida	71

CAPÍTULO II

2. OBJETIVOS	79
2.1 Objetivos Específicos	80

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA APLICADA	83
3.1. Aportaciones Teóricas	83
3.2. El Enfoque Cualitativo	84
3.3. Procedimientos Metodológicos:	91
3.3.1. Campo de Investigación	91
3.3.2. Muestra	92

3.3.3. Procedimiento de Recogida de informaciones -----	94
3.3.3.1. <i>Grupos de Discusión</i> -----	95
3.3.3.2. <i>Entrevistas en Profundidad</i> -----	96
3.3.3.3. <i>Historias de Vida</i> -----	98
3.3.4. Cronología y Desarrollo Temporal de la Investigación -----	99
3.3.4.1. <i>Cronología de los Grupos de Discusión</i> -----	99
3.3.4.2. <i>Cronología de las Entrevistas en Profundidad</i> -----	101
3.3.4.1. <i>Cronología de las Historias de Vida</i> -----	105
3.3.5. Análisis de los datos -----	106

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS -----	109
4.1. Análisis de Contenido Temática de los Grupos de Discusión -----	109
4.2. Análisis de los Discursos de los Grupos de Discusión -----	118
4.2.1. Representaciones Sociales de la Inmigración -----	118
4.2.1.1. <i>Concepción de la Inmigración</i> -----	120
4.2.1.2. <i>Imagen y descripción del Inmigrante</i> -----	125
4.2.1.3. <i>Prejuicio y Rechazo a los Inmigrantes</i> -----	131
4.2.1.4. <i>Factores de Vulnerabilidad Social en Inmigrantes</i> -----	134
4.2.2. Perfil del VIH/Sida en Inmigrantes -----	142
4.2.2.1. <i>Prostitución y VIH/Sida</i> -----	144
4.2.2.2. <i>VIH/Sida y Muerte</i> -----	146
4.2.3. Afrontamiento de la seropositividad -----	148
4.2.3.1. <i>Afrontamiento y Nivel de Información</i> -----	149
4.2.3.2. <i>Diferencias Culturales (Diagnóstico)</i> -----	151
4.2.3.3. <i>Diferencias Culturales (Tratamiento)</i> -----	152
4.2.3.4. <i>Problemas Psicoafectivos</i> -----	155
4.3. Análisis de las Entrevistas a los Profesionales -----	158

4.3.1. Inmigración, VIH/Sida y Crisis Económica -----	161
4.3.1.1. <i>Concepción del VIH/Sida en Inmigrantes</i> -----	167
4.3.1.2. <i>Imágenes y Estereotipos a Cerca de los Inmigrantes</i> -----	173
4.3.1.3. <i>Inmigración y Factores de Vulnerabilidad Social</i> -----	186
4.3.2. Perfil del VIH/Sida en Inmigrantes -----	193
4.3.2.1. <i>Perfil Sociocultural del VIH/Sida en Inmigrantes</i> -----	194
4.3.2.2. <i>Origen de la Infección y Vías de Transmisión</i> -----	203
4.3.2.3. <i>Vulnerabilidad a la infección y exclusión social</i> -----	208
4.3.3. Afrontamiento de la seropositividad en el Contexto de la Inmigración ---	218
4.3.3.1. <i>Acceso al Sistema Sanitario</i> -----	220
4.3.3.2. <i>El proceso de Diagnostico</i> -----	225
4.3.3.3. <i>El Tratamiento</i> -----	231
4.4. Análisis de Las Historias de Vida -----	237
4.4.1. Historia de Vida 01: Prostitución, VIH y Inmigración -----	238
4.4.2. Historia de Vida 02: Vulnerabilidad Femenina, Inmigración y VIH/Sida -----	260
4.4.3. Historia de Vida 03: Inmigración, Afrontamiento y Resiliencia -----	274
4.4.4. Historia de Vida 04: VIH, Inmigración y Apoyo Social -----	297

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES -----	319
5.1. Conclusiones Grupos de Discusión -----	320
5.2. Conclusiones Etrevistas en Profundidad -----	326
5.3. Conclusiones Historias de Vida -----	330
5.4. Recomendaciones Sobre Líneas de Investigación y Intervención Social -----	336
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	339

Lista de Cuadros y Figuras

Cuadro 1. -----	112
Cuadro 2. -----	119
Cuadro 3. -----	160
Figura 1. -----	108

Lista de Gráficos y Tablas

Gráfico 1. -----	55
Gráfico 2. -----	57
Tabla 1. -----	58
Tabla 2. -----	66
Tabla 3 -----	67

RESUMEN

Esta tesis trata de una investigación sobre la vulnerabilidad y el afrontamiento del VIH/Sida en el contexto de la inmigración a partir del análisis de los discursos de profesionales de ONGs, hospitales, centros de salud, asociaciones comunitarias y inmigrantes seropositivos o enfermos de Sida. Desde un punto de vista global, el estudio tuvo el objetivo de profundizar el conocimiento sobre los factores psicosociales asociados a la vulnerabilidad y al afrontamiento del VIH/Sida en inmigrantes, a partir de una mirada psicosocial, aportada en las experiencias de estos profesionales y pacientes. Como objetivos específicos se pretendió analizar las representaciones sociales de la inmigración; el perfil de los colectivos de inmigrantes en situación de exclusión; también identificar los factores que vulnerabilizan estos colectivos; comprender como ocurre el proceso de afrontamiento del VIH/Sida y analizar los aspectos y diferencias culturales involucrados en este proceso. Se utilizó una metodología cualitativa para el desarrollo de la investigación a través de tres procedimientos: Grupos de Discusión (GD), Entrevistas en Profundidad (EP) y Historias de Vida (HV). Las informaciones obtenidas fueron analizadas a partir de las técnicas de Análisis de Contenido Temática y de Análisis del Discurso. Los resultados de los GD evidenciaron tres categorías empíricas principales: representaciones sociales de la inmigración; perfil del VIH/Sida en Inmigrantes y afrontamiento del VIH/Sida. Las EP corroboraron dos de las categorías evocadas por los GD: perfil del VIH/Sida en Inmigrantes y Afrontamiento del VIH/Sida, y evidenciaron también la categoría VIH/Sida, inmigración y crisis económica. Finalmente las Historias de Vida resaltaron las temáticas: VIH/Sida e Inmigración; prostitución e inmigración; vulnerabilidad femenina y VIH/Sida; afrontamiento del VIH/Sida e inmigración; resiliencia, VIH/sida e inmigración, vulnerabilidad social, VIH/Sida y Apoyo Social. Se verificó que las representaciones sociales de la inmigración fueron objetivadas a partir de la concepción estereotipada de los inmigrantes, de la imagen y descripción de los mismos, del prejuicio y rechazo hacia estos colectivos y de los factores de vulnerabilidad social relacionados. El perfil del VIH/Sida en inmigrantes estuvo asociado a la idea de muerte física y social, prostitución, pobreza, explotación laboral e ilegalidad. El apoyo social y familiar, el nivel de información, las diferencias culturales, la importancia de un correcto manejo del diagnóstico, el seguimiento del tratamiento, así como los factores subjetivos, fueron evidenciados como los principales aspectos relacionados al afrontamiento del VIH/Sida. En este sentido, se concluyó que la inmigración es un fenómeno que todavía se presenta como un reto para la sociedad, como también se observa una gran influencia de la crisis económica actual en el aumento de la vulnerabilidad social y de los procesos de exclusión vividos por los colectivos de inmigrantes. También se percibe la susceptibilidad de algunos grupos de inmigrantes, sobre todo los más marginados, a la infección por VIH/Sida.

Palabras clave: Inmigración, Afrontamiento del VIH/Sida, Vulnerabilidad Social.

ABSTRACT

This thesis is an investigation into the vulnerability and addressing HIV/AIDS in the context of immigration from the analysis of the discourses of NGO professionals, hospitals, health centers, community associations and immigrants with HIV or AIDS patients. From a global point of view the project aimed to increase knowledge about the psychosocial factors associated with vulnerability and addressing HIV/AIDS in immigrants from a psychosocial perspective based on the experiences of these professionals. The specific objectives are intended to analyze the social representations of immigration, the profile of the immigrant groups in situations of exclusion, also identify the factors that make these groups vulnerable, understand how the process of addressing HIV/AIDS is carried out and analyze the issues and cultural differences involved in this process. Qualitative methodology was used to develop research through three procedures: Discussion Groups (GD), Depth Interviews (EP) and Life Stories (HV). The data obtained were analyzed by means of the techniques of Thematic Content Analysis and Discourse Analysis. The results of the three GD showed three main empirical categories: social representations of immigration, profile of HIV/AIDS in immigrants and how they cope with HIV/AIDS. The EP corroborated two categories evoked by GD: profile of HIV/AIDS in immigrants and coping of HIV/AIDS, and it also showed the connection HIV/AIDS, immigration and economic crisis. Finally, the Life Stories highlighted the following issues: HIV/AIDS and immigration; prostitution and immigration; female vulnerability and HIV/AIDS; addressing HIV/AIDS and immigration; resilience, HIV/AIDS and immigration; social vulnerability, HIV/AIDS and social support. It was verified that the social representations of immigration were objectified from the stereotypical conception of immigrant, the picture and the description of immigrants, prejudice and rejection of immigrants and associated social vulnerability. The profile of HIV/AIDS in immigrants was associated with the idea of physical death, prostitution, poverty, labor exploitation and illegality. The social and family support, the level of information, cultural differences, the importance of proper handling of diagnosis, treatment monitoring and subjective factors were evidenced as the main aspects related to addressing HIV/AIDS. In this sense, it is concluded that immigration is a phenomenon that still presents a challenge for society, as it is also seen a strong influence of the current economic crisis on increasing social vulnerability and exclusion processes experienced by immigrant groups. Also apparent is the susceptibility of some immigrant groups, especially the most marginalized, towards the HIV/AIDS infection.

KEYWORDS: Immigration, Addressing HIV/AIDS, Social vulnerability

PRESENTACIÓN

La investigación que compone esta tesis doctoral nació de mi interés directo y personal por la temática de las migraciones. Soy profesor universitario en Brasil y tuve que migrar desde mi ciudad natal hasta una zona distante, a más de dos mil kilómetros de donde viven mis familiares y amigos, para asumir un puesto de trabajo, experiencia que me marcó profundamente y fue la responsable por gran parte de mi maduración como persona. Además de mi propia historia, la historia de mis padres y abuelos también fueron marcadas por las migraciones dentro del vasto territorio brasileño. Esta ha sido una de las características de mi familia: migrar y conquistar nuevos horizontes. Desbravar forestas vírgenes y marcar los pies en las arenas inexploradas, como lo hicieron los antiguos conquistadores portugueses cuando, hace más de 500 años, llegaron a mi ciudad natal. Más que una necesidad, migrar fue un valor transmitido por mis padres en mi formación personal. Esto ha sido una de las razones que justificaron la elección por hacer el doctorado fuera de mi país.

El contacto con el director de esta tesis, el Profesor Doctor José Ramón Bueno Abad, ocurrió debido a mi interés en investigar sobre la temática de la inmigración de los Iberoamericanos hacia Europa, de esta manera tuve acceso a sus artículos en castellano que versaban sobre el

referido asunto, como también, sobre la importancia del apoyo social y de las intervenciones sociales realizadas por las ONGs y asociaciones comunitarias para integración social de estos inmigrantes a la sociedad de acogida. Debido a la fuerte identificación con su punto de vista y con su abordaje teórico-metodológico, decidí contactarle y proponerle la tutoría de mis estudios doctorales. Una vez en Valencia y matriculado en el programa a lo cual está vinculada nuestra tesis, y debido a la importancia del fenómeno de la vulnerabilidad a la infección por VIH observada en los colectivos de inmigrantes en España, como también, a causa de la falta de bibliografía sobre la temática, decidimos correlacionar el tema de la inmigración al afrontamiento del VIH/Sida, para de esta manera, contribuir con una investigación que aportara algo original dentro de la comunidad científica interesada por la psicología de las migraciones.

Otro aspecto que justificó mi interés en realizar esta investigación en España y en una lengua distinta de mi idioma materno, fue la creencia personal de que la investigación social no es neutral y, de esta forma, aporta un importante contenido subjetivo del investigador en su tarea de analizar los fenómenos sociales. Siendo así, de acuerdo con esta perspectiva, sería necesario que yo sintiera en la piel los efectos de la inmigración, las dificultades con una nueva lengua y los sentimientos que puedan sentir un extranjero, independientemente de su origen o nivel social. Porque en la

aventura que supone inmigrar siempre habrá una parte de intersección con la experiencia a pesar de las vicisitudes y de la subjetividad de cada persona que viva esta experiencia.

Y así lo ha sido. He vivido en España cuatro años y he pasado aquí por todos los problemas y alegrías que mínimamente puede vivir un extranjero. Las limitaciones y la adaptación en sus más variadas dimensiones, que van desde la alimentación hasta los patrones de conducta en las interrelaciones personales. El enamoramiento, la tristeza, el extrañamiento, el acostumbramiento y, por fin, el regreso a mi país. Pero lo más importante ha sido el descubrimiento de un mundo nuevo, lleno de posibilidades, como también, mi enriquecimiento como persona y como educador de jóvenes y futuros psicólogos brasileños, que tendrán, ante todo, el reto de enfrentar el futuro de un país lleno de desafíos para ser superados, que a cada año recibe un número mayor de inmigrantes venidos de todas las partes del mundo a causa de su despliegue económico. Sin embargo, el pueblo brasileño tiene en su genética la apertura a nuevas culturas y a diferentes personas del mundo, por su formación cultural variada, influenciada por las culturas portuguesa, indígena, africana, española, italiana, japonesa, germánica, judía, árabe y gitana, lo que confiere a nuestra gente una gran capacidad de absorción y tolerancia a las diferencias. No obstante, el contexto histórico es diferente del confrontado por aquellos pueblos, que en aquellas épocas fueron necesarios

para poblar un territorio continental, pero en los días actuales los retos que tendrán que enfrentar los nuevos inmigrantes que llegan a Brasil son otros, y lo estudiado y aprehendido en esta investigación será muy valioso para el desarrollo de intervenciones sociales y futuras investigaciones que tengan en el ejemplo español un matiz para elaborar sus actuaciones y sus delineamientos metodológicos.

De esta forma, también se ha justificado la importancia transcultural de esta investigación, su falta de fronteras, pues como se podrá ver a continuación, los motivos que conducen a la creación de flujos migratorios a determinadas zonas del mundo son muy semejantes a pesar de los diferentes contextos históricos y sociales donde se desarrollen. El desafío de enfrentarse a un país diferente, una cultura nueva y sus valores arraigados siempre impondrá la necesidad de adaptación y superación al individuo y a su grupo, también para la sociedad de acogida. Para una nación recibir personas de culturas y hábitos distintos, en un corto período de tiempo, siempre necesitará actuaciones que sirvan para mediar este proceso y hacerle lo menos traumático posible para los distintos factores involucrados.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Es cierto que, la sociología moderna reconoce el aumento en el desplazamiento de personas de países pobres hacia zonas más desarrolladas en busca de mejores condiciones de vida, como una característica de la era de la globalización. Las fronteras y muros entre las culturas y naciones, que en otras épocas llegaron a ser materiales, hoy son mucho más tenues, pero no han perdido su fuerza simbólica. Estas fronteras son más tenues en el sentido material, considerando que las condiciones de movilidad son cada vez más accesibles, por otra parte las barreras se refuerzan en las medidas y políticas públicas implementadas por los países que sienten los efectos más impactantes de la rápida interculturalidad tan común en los nuevos tiempos.

No obstante, la crisis financiera mundial que está afectando de manera especial a los países de la zona euro, ya hace cuatro años, ha funcionado como un factor determinante para la implantación de políticas públicas que tienen como objetivo frenar la entrada de inmigrantes en los territorios de los países europeos. En este sentido, por su cercanía a África, España desarrolla un papel fundamental, pues es la puerta de entrada para la mayoría de los inmigrantes subsaharianos y para una gran parte de las personas que llegan desde el norte de África. Sin embargo, a pesar de la difusión de una imagen de crisis y de desempleo vehiculada alrededor del

mundo, los países europeos como España todavía son vistos como “Eldorado” para personas de zonas poco desarrolladas.

La Red Mundial de Computadores *Internet* ha llegado a África y otras zonas empobrecidas del globo, los patrones de comportamiento y los costumbres están uniformizados en todo el mundo, sin embargo, el atractivo al consumismo también produce sueños y deseos en personas de diferentes culturas. Indudablemente las sociedades más desarrolladas, que sirven de modelo para la normalización de un modelo de civilización occidental, ejercen fuerte atracción en las sociedades de países menos desarrollados.

Es en esta perspectiva general, que la expresión “*éxodo internacional*” puede acabar cobrando su sentido más pleno, en un contexto general en el que las posibilidades de desplazamiento se están viendo crecientemente facilitadas debido las tendencias de globalización y a la revolución tecnológica, con la correspondiente mejora de las comunicaciones, también en el sentido de una permanente proyección gráfica en todo el mundo de las atrayentes imágenes de opulencia del mundo desarrollado. Sin olvidar la mayor accesibilidad y abaratamiento de los transportes (Tezanos y Vázquez, 2005).

Trasladando la discusión para el ámbito sanitario, es importante subrayar que el fenómeno del VIH/SIDA en los días actuales se caracteriza como un problema globalizado en toda regla, afectando a personas en todo el

mundo independientemente de sus niveles socioeconómicos o culturales. También es verdad que los avances en el tratamiento de esta enfermedad han evolucionado mucho, haciendo que la epidemia en los países desarrollados quede estacionada debido, principalmente, a la política universal de tratamiento antirretroviral. Pero incluso, en estas zonas donde la epidemia ya se encuentra más controlada, algunos grupos marginados o excluidos socialmente presentan índices de infección más altos que la sociedad en general. En este sentido convergen los temas principales del estudio: VIH/SIDA e inmigración.

Considerando que muchos inmigrantes se encuentran en situación de exclusión social, de precariedad laboral y de desarraigo afectivo, lo que repercute en la vulnerabilidad en varios ámbitos. Entonces basamos nuestro enfoque en el argumento de que la vulnerabilidad de ciertos colectivos inmigrantes, en España, a la infección por el virus VIH o desarrollo del SIDA se debe a la situación de exclusión social, desarraigo afectivo y desprotección socio-sanitaria a que están sometidos, como también, a inadaptaciones culturales, principalmente en los comportamientos sexuales, lo que les expone a la infección.

1.1. Algunas Reflexiones sobre la Inmigración en España

El fenómeno de la inmigración es uno de los grandes retos a los que se enfrenta la sociedad en la era de la globalización. Los flujos migratorios que surgen como resultado de la interacción entre factores de empuje - ejercidos en los países de origen - y de atracción - por parte de los países de acogida, constituyen un fenómeno internacional que comporta cambios significativos desde el punto de vista político, social, económico, laboral, sanitario y educativo.

Tezanos y Vázquez (2005) califican como un “*gran éxodo*” el movimiento de población hacia ciertas regiones del globo en los inicios del siglo XXI. Ahora se trata, en cambio, de un proceso de desplazamiento masivo de población que generalmente se produce en condiciones sociales y humanas penosas y problemáticas. Los procesos migratorios en la primera década del siglo XXI han tenido un curso evolutivo ascendente, que presenta zonas de sombra y opacidad que impiden conocer sus datos reales con suficiente precisión.

A pesar de la disminución en la llegada de inmigrantes Latinoamericanos a España como consecuencia de los efectos de la crisis financiera y de las altas tasas de paro, estamos ante una dinámica que presenta diferencias con otros grandes procesos migratorios conocidos hasta

ahora, que sigue ocurriendo y tiende a orientar los flujos migratorios desde países o zonas muy concretas del planeta como es el caso de África subsahariana hacia Europa. Tezanos y Vázquez (2005) también afirman que la orientación de los movimientos migratorios está direccionada principalmente hacia América del Norte y Europa, caracterizada principalmente por la busca de lugares que ofrezcan mayores posibilidades de empleo, seguridad y bienestar.

Sin embargo, en la actualidad, se observa el surgimiento de nuevos polos de atracción para los inmigrantes, como por ejemplo son los países emergentes como Brasil, que ha registrado el primer semestre de 2012 un aumento de 24% en la concesión de visados de trabajo. El incremento fue de 26% en 2011 en relación a 2010, año que ya había superado el anterior en 30,51% (Datos del IBGE, 2012). Lo que evidencia la curva ascendiente de la inmigración por motivos laborales en aquel país.

Esta visión “histórica” de largo plazo no presupone la inmigración sólo en zonas geográficas colindantes, sino que tiene lugar especialmente a través del cruce de las grandes fronteras que delimitan las diferencias físicas, culturales y económicas, entre el mundo rico y amplias zonas subdesarrolladas, en las que muchos seres humanos no encuentran razonablemente satisfechas sus necesidades vitales. Esta afirmación justifica

el insistente flujo de inmigrantes de las zonas pobres y conflictivas del África Subsahariana y del Magrebí hacia España pese la situación económica actual.

De forma que los procesos migratorios observados en la actualidad, caracterizado por familias enteras en busca de condiciones más favorables de vida, afectan el curso de sociedades y culturas en un sentido profundo. En esta perspectiva, como queda recogido en Bueno Abad y Belda Ibáñez (2005), la inmigración comporta cambios en la realidad social de un país, convirtiendo sociedades como la española en espacios cada vez más multiculturales. España, en pocos años, ha dejado de exportar trabajadores a otros países para convertirse en receptor de un llamativo número de inmigrantes extranjeros.

Este dinamismo poblacional se constató en la década pasada con la notable llegada de inmigrantes procedentes, en orden creciente, de Iberoamérica, África (especialmente los países septentrionales), Europa del Este y Asia. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, a 1 de enero de 2010, en España residían 45,2 millones de habitantes, de los cuales prácticamente el 11% era inmigrante, siendo el país de la Unión Europea que mas ha aumentado esta presencia y de forma más acelerada. No debemos olvidar que el proceso de entrada de inmigrantes al Estado se ha acelerado de manera notable en los últimos años, haciéndose visible una falta de previsión en la atención a este colectivo en numerosos ámbitos. La población española

supone un 10,7% del total de habitantes de la Unión Europea (UE), y en España residían el 5% de todos los extranjeros establecidos en ella.

Según cifras preliminares del Instituto Nacional de Estadística (INE) a primero de enero de 2012 se registró una reducción de 0,7 por ciento de extranjeros y los inmigrantes representan el 12,1% de la población y se sitúan en 5.771.040 personas.

Con respecto a la nacionalidad, después de los ecuatorianos, los que más descensos registraron fueron los colombianos. Ahora hay 28.506 colombianos menos; algunos de ellos podrían permanecer en la península, pues la cifra no discrimina el número de los que han adoptado la nacionalidad española. Se registran 54.330 menos ecuatorianos y una disminución de 14.374 en el número de bolivianos. Estas tres nacionalidades suramericanas son las que más descensos marcan. Aún así, la comunidad colombiana en España es importante: llega a 244.670 personas.

Tras los marroquíes (783.137) y los ecuatorianos (306.380), Los colombianos se sitúan en el tercer lugar en el número de los extranjeros que no pertenecen a la Unión Europea presentes en España. Los aumentos más notorios de inmigrantes se registran entre los paquistaníes con un incremento del 13,5% (suman 79.626) y los chinos, que subieron un 5,2% (son 175.813). De los 5.7 millones de extranjeros, 2,4 son ciudadanos de la Unión Europea.

En general, hay 47.212.990 habitantes en España. Esto significa un

aumento de 22.497 con respecto a los registrados el primero de enero del 2011. Pero a pesar de este incremento, se ha visto que los mismos españoles están emigrando.

Entre enero y marzo de este año, han inmigrado 27.004 españoles lo que constituye más del doble de los que partieron en ese mismo período de 2011 (12.850), según el Instituto Nacional de Estadística (INE). La razón principal que lleva a los españoles a inmigrar es el desempleo, que se acerca al 23%.

Los destinos preferidos del año pasado fueron el Reino Unido, Francia, Estados Unidos y Alemania. Es posible que la tendencia continúe en los próximos años, tanto en el número de españoles que se marchan como en de los extranjeros que vuelven a su tierra. Las expectativas para recuperar la senda del crecimiento de la economía de España en el corto plazo no son optimistas y constituyen la principal puerta de salida del país.

En este sentido, en lo que concierne a las estadísticas oficiales del año de 2011 divulgadas por el INE, en 2011 llegaron a España 457.650 personas procedentes del extranjero, frente a las 507.740 que abandonaron el país. Con ello, el saldo migratorio exterior de España resulta negativo por primera vez en décadas (-50.090). Cataluña es la comunidad con mayor inmigración procedente del extranjero (26,5% del total). Por otra parte, la Comunidad de Madrid tiene el saldo migratorio interautonómico más

favorable con el resto de España (9.221), mientras que Castilla y León presenta el saldo más negativo (-6.519).

A pesar de la disminución en el número de inmigrantes en el territorio español, este país sigue siendo un destino de llegada para personas provenientes de diferentes países. Este mosaico de culturas, observado en la presencia de personas procedentes de ámbitos étnicos, lingüísticos y religiosos diferentes a los del país de recepción, está dando lugar a la acentuación de los contrastes culturales y a visualización pública de diversos estilos de vida, costumbres, formas de comportamiento, maneras de vestir, expresiones religiosas, etc. En las calles se hacen más notables las manifestaciones de la diferencia, contribuyendo a que se extiendan las imágenes de España como una sociedad multicultural, en la que, al mismo tiempo empiezan a tomar cuerpo los fenómenos de rechazo, el racismo y la xenofobia, especialmente entre los sectores sociales menos prósperos (Tezanos y Vázquez, 2005).

A pesar de las potencialidades, este colectivo enfrenta situaciones de desarraigo social muy profundas y se está convirtiendo en uno de los más frágiles dentro del sistema productivo del país, acentuado en los tiempos de paro causado por la crisis económica actual. Es decir, los inmigrantes antes necesarios para mover el sistema productivo están pasando a una situación de desempleo, aumentando los casos de explotación laboral o desprotección

jurídica, y requiriendo más de los servicios de atención social como el sistema de sanidad y de servicios sociales.

La profundización en el estudio de las circunstancias y características de la población inmigrada nos enfrenta a unos resultados de complejidad. La población inmigrante en España, en las circunstancias actuales de crisis económica, se está convirtiendo en unos de los sectores de mayor vulnerabilidad, las tasas de desempleo entre la población inmigrante duplican la tasa de los nacionales, y particularmente entre la población inmigrante menor de 25 años la tasa de paro llega casi al 50% de la población. Circunstancias y necesidades sociales que van a determinar las intervenciones laborales, educativas, sanitarias y sociales, de los distintos agentes sociales e instituciones para responder a estas situaciones. Analizar las circunstancias socio-vitales de la población inmigrante nos obliga a reconocer las situaciones de vulnerabilidad; en este sentido coincidimos con Robert Castel (2003) cuando muestra la singularidad y prioridad de atender a los distintos riesgos y a establecer mecanismos de protección para estos colectivos enfrentados a mayor vulnerabilidad social.

La vulnerabilidad de los inmigrantes está correlacionada con la precariedad laboral a la que se ven expuestos que, a su vez, provoca situaciones de marginalidad, pobreza y discriminación, causando en muchas ocasiones problemas de salud física y psicológica. Para ilustrar esta situación

de vulnerabilidad es importante resaltar el difícil acceso de este colectivo, por razones muy variadas, al sistema sanitario del país. Como apuntan Fuertes y Martín Laso (2006), hay un vínculo bien establecido entre pobreza y bajo nivel de salud. Aquellos que están socialmente excluidos, como los desempleados, refugiados, inmigrantes pobres y los sin hogar, presentan unos resultados de salud peores o mucho peores que la población general.

Además diversos estudios corroboran que actualmente la población inmigrante suele hacer uso de los servicios sanitarios con menos frecuencia que la población española en situaciones similares, acudiendo en la mayoría de los casos cuando los procesos se encuentran más avanzados. Para poder entender los motivos de esta diferencia debemos tener en cuenta características sociales, culturales y económicas de este colectivo, diferencia que se acentúa sobre todo si hablamos de personas con una situación irregular en el país (Ros Collado y Ollé Rodríguez, 2006).

Junto a los efectos económico-laborales y culturales, los impactos de mayor incidencia de una emigración tan masiva y tan concentrada en el espacio y en el tiempo son los de carácter sociológico, y más específicamente los que se relacionan con la lógica de la inclusión-exclusión social.

Debido al citado aumento de inmigrantes, cada vez hay más estudios que, desde diferentes ópticas, se ocupan de esta cuestión para poder entender y atender las necesidades de este colectivo. De la misma manera, las

políticas públicas necesitan adaptarse a una nueva demanda, acomodando de la manera más apropiada a estas personas al país y al sistema de trabajo. Naturalmente, la educación no escapa a esta adaptación, exigiendo una formación intercultural para conseguir una vía apropiada de atención a la diversidad cultural eminente.

Desde el ámbito de las Ciencias Sociales son apreciables los estudios e investigaciones que se están desarrollando en los últimos años sobre estas transformaciones sociales, particularmente las que hacen referencia a las situaciones laborales, educativas, de integración social, un buen acercamiento a las mismas han sido resumidas y planteadas en Bueno Abad y Belda Ibáñez (2005) y que muestran la necesidad de conocer las nuevas necesidades de estas poblaciones a partir de sus características particulares y las reorientaciones de las políticas públicas para adaptar sus propuestas a estas transformaciones y cambios.

El conocimiento de las necesidades de este colectivo y la adaptación de las políticas laborales y sociales a esta demanda sería la vía de salida más efectiva para los problemas de desarraigo, desprotección, invisibilidad, explotación, clandestinidad y consecuentemente exclusión social que viven hoy inmigrantes residentes en países desarrollados como España. En este sentido es necesario profundizar la discusión sobre los

conceptos de vulnerabilidad y exclusión social relacionándolos al fenómeno de la inmigración en el escenario sociológico de la actualidad.

1.2. Vulnerabilidad, Exclusión Social e Inmigración.

La exclusión social se ha planteado tradicionalmente con relación a la pobreza y la desigualdad social, presentándose como un fenómeno universal y constante, se ha convertido en una importante categoría de análisis para las Ciencias Sociales desde el inicio del proceso de industrialización.

Así, tal y como queda recogido en Bueno Abad (2010) fue a través de René Lenoir (1974) en su trabajo *Les exclus: un Français sur dix*, que se popularizó el término exclusión social y se extendió en la literatura científica de la época. Así pues, en los años 80 arrancó en Francia una preocupación por los problemas del desempleo, los territorios y guetos sociales, los cambios en la estructura familiar, el fracaso escolar, etc. que se extendió a otras instituciones e intereses. Otro ejemplo concreto es que en 1997 el Reino Unido pone en marcha Unidades contra la Exclusión, atendiendo a las circunstancias de pobreza económica, integración personal y social y situaciones de problemática familiar que inciden como factores precipitantes de dichas situaciones de exclusión como los problemas de salud, las

separaciones, los embarazos no deseados, etc. El concepto se difunde con rapidez y también pasa a ser discutido en la literatura psicossociológica de todo el mundo.

Añadiendo a la discusión la visión crítica, se puede decir que la desigualdad inherente al sistema capitalista institucionaliza la exclusión del conjunto de personas que constituyen la clase operaria, de los beneficios no sólo materiales, económicos y/o financieros, sino también sociales (estatus social), políticos (poder) y culturales (simbólicos). Sin embargo la exclusión por razones materiales o económicas condiciona las demás formas de exclusión y sus consecuencias (segregación, discriminación, marginación, alienación, etc.), hoy en día está ampliamente aceptado que, además de la exclusión por clase social, e incluso independientemente de ella, se producen formas de exclusión en virtud de la edad, el sexo, la condición de ciudadano de un estado-nación, el acceso a novas tecnologías. Un importante criterio de exclusión en las sociedades avanzadas es actualmente el de etnia. Si se aúna la etnia al género y a la clase social, se da lugar a una forma extrema de exclusión social (Solé, 2005).

Los remarques de la exclusión suponen entender esta como un proceso social de pérdidas de las posibilidades de integración que no sólo se contempla desde la perspectiva de ingresos económicos, si no también en el descenso de la participación y la socialización y en una falta de referencias

basadas en el mantenimiento de nexos y lazos sociales (Damon, 2008).

Estas consideraciones ayudan a delimitar el empleo correcto del concepto de exclusión social teniendo en cuenta su carácter plural. De acuerdo con Bueno Abad (2000, p. 45), “la vulgarización del término “exclusión” participa y contribuye a mostrar su opacidad, es como una maleta en la que cada uno va metiendo lo que quiere, el término permite reagrupar diferentes enigmas, formando a su alrededor una categoría llena de paradojas”.

Robert Castel (1995) propone el modelo de dos coordenadas como una aproximación a los conceptos de vulnerabilidad y exclusión: por una parte el proceso de desafiliación por falta de integración en el mundo del trabajo y de otra la vulnerabilidad por falta de inserción en redes sociales. Desde la perspectiva de Castel las situaciones de cada persona se pueden reconocer desde su posible presencia en alguna de las cuatro zonas de: integración, precariedad, asistencia, exclusión.

Por otra parte la “Vulnerabilidad” es reconocida como aquellas situaciones que determinan la capacidad y la vivencia de la integración, supone que las personas se enfrentan a elementos de inseguridad, indefensión o exposición al riesgo. Se plasma en situaciones objetivas de la persona y también en las percepciones subjetivas de las propias personas sobre su situación ante posibles crisis potenciales. Cuando la vulnerabilidad se amplia

y profundiza en situaciones de carácter estructural, en situaciones de carácter multidimensional y cuando se vive como un proceso vital de pérdidas, de aislamiento y de rupturas de relación y nexos de apoyo es cuando se llega a las situaciones de exclusion (Bueno Abad, 2010).

Todavía siguiendo las ideas del autor, el análisis de las situaciones de exclusión supone que tengamos en cuenta su carácter multidimensional y que la misma se produce por tres tipos de vulnerabilidades: Vulnerabilidad Económica, Vulnerabilidad Política y Vulnerabilidad Social.

a) La Vulnerabilidad Económica: se manifiesta por la falta de recursos económicos, por las situaciones de precariedad en el empleo, por las bajas pensiones, por la falta de protección económica de ingresos mínimos.

b) La Vulnerabilidad Política: es caracterizada por la carencia de poder e influencia en la toma de decisiones que le afectan a su vida, por la imposibilidad de acceso a la participación social, por el acceso limitado a los sistemas de protección social. O por la imposibilidad efectiva para acceder a los derechos políticos.

c) La Vulnerabilidad Social: se pone de manifiesto por la ruptura de nexos y lazos del entorno social, de la familia, o del apoyo social informal; por la imposibilidad de acceder a los recursos y programas del apoyo social formal; por las situaciones de deterioro de la salud que actúan como desencadenante, y que dificultan la comunicación y la relación social.

Por tanto debemos entender el término de exclusión como un proceso y no como un estado, como ha desarrollado Bueno Abad (2005; 2009; 2010). Debemos poner el énfasis en su carácter multisectorial, donde están presentes diferentes elementos estructurales de la sociedad y contextuales de las redes sociales que se mantienen, y los elementos psicológicos de las dinámicas personales que se van fragilizando en función de cómo se vive el afrontamiento de dichas dificultades. La idea desarrollada en este enfoque es la de que: las variadas situaciones de vulnerabilidad pueden convertirse en situaciones de exclusión a través de un proceso dinámico de deterioro psicosocial.

En el ámbito de la inmigración es cierto que, el flujo de personas aumentó, porque las facilidades tecnológicas facilitan el intercambio, pero dentro de un punto de vista ecológico, el cambio de un número tan grande de personas a determinadas zonas del planeta produce un desequilibrio en la medida que muchas de estas zonas no tienen condiciones para la integración de todos estos nuevos ciudadanos, causando así, una transferencia de pobreza y malas condiciones de vida hacia los países de acogida. En este sentido se puede resaltar el argumento de que las sociedades más desarrolladas ya sienten los efectos negativos de su propio modelo socioeconómico. Autores como Giddens (1995), Callejo (1995) y Jamenson, (1991) hablan de un colapso en la sociedad del consumo de masas que manifiesta un sentimiento

de agotamiento y límite delante de la imposibilidad de atender a los problemas desarrollados dentro de sus sociedades hegemónicas.

Estos problemas reflejan la fragilidad de las instituciones públicas y de control, como también, son consecuencia del dualismo entre seguridad/peligro y fiabilidad/riesgo que implica la vida moderna. En este sentido, todavía de acuerdo con las aportaciones de Robert Castel (1995), los procesos de exclusión social son inevitables y ciertos colectivos están precisamente más vulnerables a las situaciones de marginación que conllevan a innumerables problemas bio-psicosociales.

Estos colectivos marginados asumen funciones sociales que son dialécticamente rechazadas y retroalimentadas por la sociedad, como la prostitución y el tráfico de drogas, o son, siguiendo el paradigma de la inadaptación, los que no se adaptaran a las normas sociales: los enfermos mentales, los diferentes o los sin oportunidades. Así, el fenómeno de la inmigración, tan impactante en la actualidad, apunta para una relación directa con las situaciones de exclusión en la medida que muchas de estas personas, por una amplia gama de factores, acaban asumiendo papeles sociales que conllevan a la marginación y exclusión. La barrera legal impuesta por las políticas de inmigración implementadas por las sociedades de acogida, debido la debilidad política, institucional y económica que estos países tienen en la hora de ejercer el control y la acomodación normalizada de estos

individuos, más bien al contrario, las legislaciones vigentes ponen a estas personas en una situación de vulnerabilidad directa, pues sin el reconocimiento del Estado, son clandestinos y sin derechos como ciudadanos.

En este sentido se puede decir que los inmigrantes constituyen un grupo particularmente vulnerable, cuyos derechos no sólo como trabajadores sino también como seres humanos son sistemáticamente violados. Vulnerabilidad que incrementa su aislamiento y su predisposición a todo tipo de problemas internos que hoy aquejan a diversas sociedades, en particular el desempleo, la delincuencia, las drogas, problemas que indudablemente conllevan a procesos de exclusión social (Gutiérrez, 2005).

Determinados sectores de la población inmigrante acaban encontrándose en tales coordenadas de vulnerabilidad social que cualquier incidencia negativa les puede llevar a caer inevitablemente en la exclusión social. Se puede nombrar tres principales elementos de contexto que conforman el mapa de riesgos de la exclusión social en este colectivo (carencias laborales, falta de vivienda y de recursos materiales y déficit en las redes sociales de apoyo), muchos inmigrantes acumulan “vulnerabilidades” en todo ellos (Tezanos, 2004).

Si se añade a la discusión las cuestiones de género el cuadro se agudiza todavía más. La mujer inmigrante sufre los efectos de la exclusión social en la forma de una triple discriminación: por género, etnia y clase

social. Sufre exclusión en el ámbito público del mercado laboral y en la vida social, respecto a los inmigrantes varones, pero también en el ámbito privado, respecto a otras mujeres, como las autóctonas (Solé, 2005).

Para complementar el argumento de la vulnerabilidad de este colectivo a los procesos de exclusión social, Tezanos y Vázquez (2005) presentan una serie de factores exclusógenos específicos que afectan a los inmigrantes en España:

1. Factores Familiares:

- Falta de arraigo familiar
- Carencia de vivienda propia y/u otras propiedades

2. Factores personales/culturales:

- Diferencias idiomáticas y/o culturales y de costumbres
- Repudio, estigmatización y prejuicios culturales de la población de origen

3. Factores laborales:

- Incidencia de movilidad ocupacional descendente (respecto a la posición de partida y los estudios cursados en los países de origen).
- Precariedad laboral, con casos extremos que bordean el “casi-esclavismo”
- Utilización como mano de obra barata y en la economía sumergida
- Mayores tasas de paro y estacionalidad
- Alta tasa de accidentalidad (trabajos de riesgo)

4. Factores sociales y ubicacionales:

- Tendencia a la guetización (separación en barrios y zonas acotadas)
- Discriminaciones latentes o expresas en el acceso a determinados lugares (restaurantes, comercios, etc.)
- Problemas residenciales (de acceso y hacinamiento)
- Segregación educativa y dificultades formativas.

5. Factores políticos

- Carencia de derecho al voto
- Falta de instancia de representación y interlocución
- Carencias Administrativas (sin papeles, etc)
- Vivencias restringidas de la condición ciudadana (secundarización).

De esta forma, es cierto que algunos colectivos de inmigrantes acaban atrapados en las situaciones sociales de peligro y el riesgo social. Al considerar el ámbito sanitario, se puede inferir por las condiciones de vida a que están sometidos los grupos excluidos, que estos son más vulnerables a ciertos problemas de salud, en esta perspectiva, añadimos por la propia constitución del objeto de este estudio, el problema del VIH/SIDA.

En la actualidad, los estudios que evalúan el impacto social del VIH/SIDA hablan del cambio de la categoría grupos de riesgo para la categoría prácticas de riesgo y que la vulnerabilidad para contraer el virus no depende de la pertenencia grupal pero sí de las prácticas individuales (Bueno

Abad y Madrigal Vilchez, 2008; Bueno Abad y Barros, 2011). Es notorio el cambio por parte del sentido común en la manera de ver el fenómeno, que ya no atribuye la culpa por la enfermedad a los grupos tradicionalmente asociados, pero es ingenuo no considerar que ciertos colectivos, sobre todo los que están en situación de exclusión, marginación y desesperación, que sufren con las carencias materiales, afectivas y de información, estén en situación de mayor vulnerabilidad al VIH/Sida.

Todavía para justificar la importancia del encuadre de este estudio se añaden los últimos datos (que serán descritos en los apartados siguientes) aportados por las estadísticas oficiales de España, que en los nuevos casos de VIH diagnosticados suben el número de personas inmigrantes contrastando con el declive de nuevos casos en autóctonos. Esta realidad conlleva a una reflexión sobre que factores pueden estar asociados a ella, en este sentido se formulan algunas hipótesis expresadas aquí a través del lenguaje interrogativo.

¿Estarían ciertos colectivos de inmigrantes en situación de mayor vulnerabilidad para contraer el VIH/Sida?

¿La vulnerabilidad de este colectivo al VIH/Sida se debe a los procesos de exclusión y marginación, como también, a la falta de información a que algunos grupos de inmigrantes están sometidos?

¿Algunos grupos de inmigrantes tendrían más problemas en la hora de afrontar el diagnóstico de VIH y la enfermedad?

Es importante subrayar que esta investigación, por su carácter cualitativo, no tiene la intención extensiva de confirmar tales hipótesis, pero sí que se pretende identificar las opiniones sobre las mismas tratando de comprender los diversos factores a ellas relacionados, con el objetivo de hacer una discusión, más allá de la correlación de estos factores con el fenómeno, para observar la dinámica de interrelaciones de los mismos con los modelos socialmente impuestos.

1.3. El VIH/Sida en la Actualidad

Con la ocasión del inicio de la enfermedad, la prensa hizo una divulgación que en todo el mundo causó un impacto profundo en el comportamiento sexual de las personas, a causa de la asociación de la enfermedad con la muerte, sexo y con los grupos de riesgo como: homosexuales, prostitutas, drogadictos y hemofílicos, lo que ayudó a fomentar actitudes de discriminación, prejuicio y exclusión contra los individuos afectados Castanha, Coutinho y Saldanha, (2006).

Estas informaciones difundidas y propagadas favorecieron, de acuerdo con Jodelet (2001), dos concepciones principales: una de tipo moral y social, otra de tipo biológico, ambas con influencia directa en los comportamientos y relaciones íntimas mantenidas con las personas enfermas. El primero tipo de concepción representacional vinculaba las personas enfermas de Sida a grupos socialmente marginales como homosexuales, prostitutas y drogadictos, y los juicios morales servían como elementos explicativos para justificar el diagnóstico en personas de conducta sexual promiscua o inadecuadas a los valores morales y religiosos. La segunda concepción de tipo biológico enfatizaba la condición letal y las consecuencias orgánicas de la enfermedad, como también, la imagen de deterioro presentada por los enfermos en aquella ocasión.

Desde la perspectiva evolutiva y socio-histórica la epidemia ha sufrido a lo largo de las últimas décadas grandes cambios que se dan sobre su presencia social. El cuadro epidemiológico del VIH/Sida y su imagen se han transformado significativamente con el pasar de los años, estos cambios se reflejan y son propagados por el pensamiento social, hecho que influencia el comportamiento de los ciudadanos, profesionales, familiares y los propios afectados (Bueno Abad y Madrigal Vílchez, 2008; Bueno Abad y Barros, 2011).

En este sentido, gracias a la evolución de los nuevos medicamentos, el pánico inicial alrededor del SIDA ha disminuido considerablemente y la percepción social del SIDA ha experimentado un cambio influido por el avance científico. En los países desarrollados, donde las políticas de prevención y tratamiento se han desarrollado de forma más exitosa, la enfermedad ha dejado de ser vista como enfermedad mortal y pasó a ser reconocida como una enfermedad crónica, que puede ser controlada a través de los modernos medicamentos, hecho que ha suscitado un relajamiento en las prácticas de prevención de los individuos, así lo sugería los resultados de un estudio difundido en el diario Le Monde en noviembre de 2000 (Bueno Abad, Madrigal y Lujan, 2005; Bueno Abad y Barros 2011).

Son nuevos y grandes los retos afrontados por los individuos afectados por el VIH/Sida en la actualidad. La enfermedad antes vista como

“mortal y contagiosa” ahora es interpretada como “crónica y derivada de prácticas personales” así, las personas afectadas y con un tratamiento, deben preocuparse en como planificar sus vidas y adaptarlas al tratamiento y sus efectos secundarios, tal como se recoge en Bueno Abad y Madrigal (2001). Pensando en un contexto microsocia, sin duda la adherencia al tratamiento antirretroviral es uno de los grandes problemas enfrentados en el contexto del SIDA en la actualidad. Bayés (1998), lo ha destacado y plantea que la adhesión terapéutica es un problema conductual de primer orden con importantes connotaciones individuales y sociales.

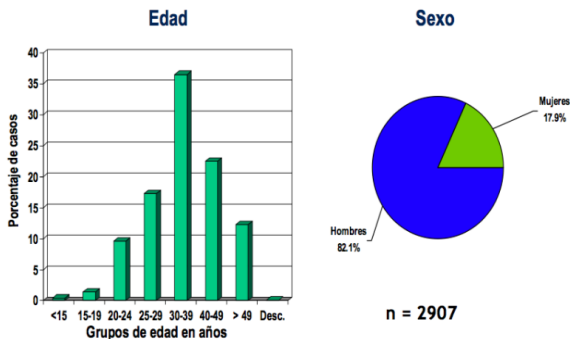
El problema de la adherencia radica en que, en determinados casos, los efectos secundarios de los medicamentos son frecuentes, tóxicos y algunos de ellos están poco estudiados; tanto es así que David Ho, el descubridor del cóctel antirretroviral, ha llegado a decir que “los afectados por el VIH deben elegir entre las consecuencias del VIH o las consecuencias del tratamiento” (Bayes, 2002). También constatamos que la idea de negación de la enfermedad observada en algunos pacientes seropositivos está directamente vinculada al miedo de la exclusión social que por supuesto se relaciona con las experiencias de prejuicio y estigma sufridos históricamente por muchos de estos pacientes. Los efectos secundarios de la medicación como la lipodistrofia y los mareos constantes pueden ser determinantes para

la decisión de negar el problema y abandonar el tratamiento (Barros, Alvarenga y Vitorino, 2007; Bueno Abad y Barros, 2009; 2011).

Según informe de ONU/Sida (2011) relativo a los diagnósticos de VIH realizados en 2010, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Ocurren 2,7 millones de nuevas infecciones a nivel mundial, un 21% menos en comparación con el punto álgido del año 1997. A pesar de la observada disminución progresiva, estos datos reflejan el gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretroviral, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años. También es importante resaltar que, a pesar de presentar cifras importantes, las nuevas infecciones anuales por el VIH disminuyeron un 21% entre 1997 y 2010.

En España de forma general, tal y como describe el Registro Nacional de Casos de Sida (2011), Se notificaron 2.907 nuevos diagnósticos de VIH en 2010. Lo que supone una tasa de 88,5/millón de habitantes. (Ver gráfico 01).

Gráfico 1: Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por edad y sexo. España (2010).



Fuente: Ministerio de Sanidad

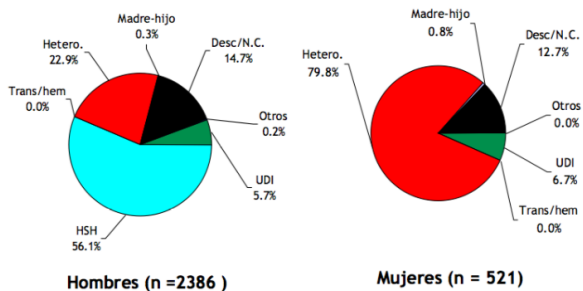
Con respecto a los datos por sexo, en el global de las 17 comunidades analizadas, los hombres suponen el 82,1% de los nuevos diagnósticos y las mujeres 17,9%. La mediana de edad fue de 35 años. Se observó un predominio de la transmisión por vía sexual, ya sea por relaciones heterosexuales u homosexuales, que en conjunto suponen un 79% de los nuevos casos. De este total, el 33,1% corresponde a relaciones heterosexuales no protegidas y el 46,1% a relaciones sexuales entre hombres. Desglosadas las categorías de transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión entre hombres que hacen sexo con hombres (HSH) supone el 56% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2010, sin embargo, la transmisión entre

hombres que se han declarado heterosexuales fue de 23%.

Entre las mujeres, la transmisión heterosexual supone la gran mayoría, con un 80% de los nuevos diagnósticos. En la transmisión heterosexual las tasas tienden a estabilizarse, sobre todo teniendo en cuenta el retraso en la notificación; y aumentan claramente los nuevos diagnósticos en HSH (56,5/millón población masculina en 2004 frente a 79,3 en 2010). Dado el peso creciente que esta última categoría de transmisión tiene en el conjunto de los nuevos diagnósticos, el incremento en sus tasas repercute sobre las tasas globales. Se ha apreciado una tendencia descendente en las infecciones en usuarios de drogas intravenosas (UDI), 18,9/millón de habitantes en 2004 frente a 6,7/millón en 2010.

Es importante destacar que los datos aquí presentados expresan un repunte en los nuevos diagnósticos realizados entre hombres que se han declarado homosexuales, lo que lleva a inferir una relajamiento en las prácticas de prevención en este grupo considerando que la mayoría de las infecciones fueron por vía sexual (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2: Nuevos diagnósticos de VIH categorías de Transmisión y sexo. España (2010)



Fuente: Ministerio de sanidad

A la vista de estos datos, España tiende a situarse en un nivel medio-bajo de incidencia, pero esto no significa que la epidemia haya sido controlada, pues a pesar del acusado descenso en prácticamente todas las categorías, España sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de sida en Europa occidental. De acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2010, se estima que el número de personas que viven con el VIH en España sobrepasa a las 150.000 personas (2,4 a 3,6 por 1.000 habitantes).

De acuerdo con los datos sobre mortalidad por VIH/Sida en España presentados por el Ministerio de Sanidad (2011), a pesar de la mejora en el pronóstico debida a los tratamientos antirretrovirales, en el año 2009 se

produjeron en España un total de 384.933 fallecimientos de los cuales 1.079 (2,8 por 1.000) fueron por VIH/sida. De éstos, 853 (79,1%) se produjeron en hombres y 226 (20,9%) en mujeres. La tasa de mortalidad global por VIH/sida fue de 2,35 por 100.000 habitantes.

En lo que respecta al ámbito territorial e institucional más cercano y, de acuerdo con los datos de la Conserjería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, fueron declarados 212 nuevos casos de sida hasta 31 de marzo de 2012. Lo que permite estimar para la Comunidad Valenciana una tasa anual de 41,5/millón de habitantes. En este mismo periodo se han notificado 77 casos nuevos de Sida. Lo que supone una tasa de incidencia de Sida en 2011 de 15,1/millón de habitantes (Ver tabla 1). En estos casos predominan los diagnósticos en el sexo masculino (81%), en relación a los (19%) verificados en sexo femenino.

Tabla 1. incidencia Diagnósticos de infección por VIH y casos de sida en 2011 en la Comunitat Valenciana. Casos notificados hasta el 31 de marzo de 2012

	nº de casos	tasa de incidencia*
Diagnósticos de Infección por VIH	212	41,5
Casos de sida	77	15,1

*tasas por millón de habitantes

Con respecto a la orientación sexual 64% de los nuevos diagnósticos fueron realizados en homosexuales, mientras 17% de las infecciones han ocurrido entre heterosexuales. Lo que corrobora la tendencia observada a nivel nacional. No obstante, 3% de los nuevos casos fueron en usuarios de drogas intravenosas. La mayoría de los diagnósticos de infección por VIH en 2011 se han realizado en adultos jóvenes (25-44 años), principalmente en el grupo de 30 a 34 años de edad. No se han notificado hasta ahora casos por debajo de los 20 años. Puesto que el momento de la transmisión puede preceder en años al del diagnóstico, muchos casos diagnosticados a los 20-29 años se infectaron con toda probabilidad durante la adolescencia.

En la Comunidad Valenciana, en lo que se refiere al tiempo de infección, más de la mitad de los diagnósticos de infección por VIH en 2011, 55%, se realizaron en personas con recuentos de CD4 bajos (inferiores a 350 CD4/ μ l), lo que se interpreta como una prueba de que la persona se infectó hace tiempo, seguramente años, y el diagnóstico se ha llevado a cabo tardíamente. El diagnóstico tardío es más frecuente en mujeres, entre las que alcanza una proporción del 63%. Lo que denota la vulnerabilidad de la mujer a las infecciones dentro de las relaciones estables.

En contraste con estos datos, el Registro de Casos de Sida de la Comunidad Valenciana ha recogido hasta 30 de septiembre un total de 44

casos de sida diagnosticados en 2011, de los cuales el 23% eran usuarios de drogas. Juzgando por estos datos, la incidencia de infección por VIH en la Comunidad Valenciana es superior a la incidencia de Sida, mientras que el patrón epidemiológico de los casos de infección reciente refleja el predominio de la transmisión sexual y el elevado número de casos en varones homosexuales (64%,8).

Desde el comienzo de la epidemia hasta 2009 esta Comunidad Autónoma había registrado un total de 6225 casos declarados de Sida, datos que pueden convertirse en más alarmantes si consideramos los casos no registrados y las personas infectadas por el virus VIH no diagnosticadas en todos estos años sin presentar el Sida.

Considerando la relación entre sexos, la epidemia de sida en la Comunidad Valenciana se ha caracterizado por el predominio masculino. En el total fueron registrados 4850 casos en hombres y 1375 en mujeres lo que corrobora tal hipótesis. Ya la proporción de casos en mujeres se ha mantenido estable en torno al 20% a lo largo de la epidemia, pero en los últimos años ha subido al 30%. El descenso de la incidencia de sida en la última década obedece a la disminución de los casos en hombres, mientras que el número de casos en mujeres apenas ha variado. En relación a la vía de transmisión sexual sin protección, fueron diagnosticados 18% de los casos a través de

relaciones heterosexuales y 13,2% en varones que han mantenido relaciones homosexuales.

La edad media de los casos de sida en el momento de diagnóstico muestra una tendencia creciente a lo largo de las últimas décadas. Al comienzo de la epidemia, la edad media era de 31 años en hombres y 27 años en mujeres. Desde entonces, la edad media ha subido diez años, hasta alcanzar los 40 años en hombres y los 37 en mujeres. El aumento de la edad de los casos de Sida se explica en gran parte por los avances en los tratamientos, que han conseguido retrasar cada vez más la aparición de las enfermedades oportunistas que definen el Sida. Esta tendencia creciente en la edad también puede ser observada en los casos de sida relacionados con el uso de drogas por vía intravenosa que se han producido típicamente en personas más jóvenes, casos que presentaron una edad media de 27 años en 1986, presentan de acuerdo con los datos de 2009 una media de edad de 41 años. Este aumento de la edad también puede ser observado en las personas infectadas por vía de transmisión sexual tanto hétero como homosexual, media de 40 años.

Dentro de un punto de vista preventivo, el auxilio de estos datos conllevan al hecho de que los planes de acción ante el VIH/SIDA propuestos por las autoridades sanitarias en todo el país presenten por lo menos tres puntos en común: hacer diagnósticos cada vez más precoces para evitar el

desarrollo del Sida y la transmisión del virus; dar una especial atención a las transmisiones sexuales sin protección y, finalmente, prestar una atención especial a colectivos marginados y más vulnerables a la infección.

En lo que respecta al aspecto paliativo de la enfermedad, varias investigaciones apuntan en la importancia de la dimensión psicosocial, dando énfasis al afrontamiento de la enfermedad desde la experiencia de los pacientes, como también de los familiares y profesionales que son afectados por la presencia del VIH/Sida en sus vidas cotidianas y practicas profesionales (Bueno Abad y Madrigal Vilchez, 2008; Bueno Abad y Barros 2009; 2011). Hecho que proporciona una mirada diferenciada del fenómeno, fuera de la óptica médica o epidemiológica, considerando que esta es una enfermedad, que dentro de la perspectiva actual, ha trascendido el aspecto biológico y moral introduciendo la dimensión de la identidad en su campo conceptual. La enfermedad que ha pasado del status de mortal al de crónica, naturalmente produce nuevos retos que demandan nuevas respuestas, en este contexto las interlocuciones de los actores sociales sobre sus propias experiencias de afrontamiento pasan a ser consideradas una fuente de información perspicaz para solucionar estas nuevas cuestiones que el fenómeno impone a la sociedad.

Estos estudios han aportado a las concepciones actuales sobre el manejo de la enfermedad una especial importancia a la adherencia al

tratamiento, los factores que influyen en su mantenimiento, una vida activa y el apoyo social. Considerando estos aspectos fundamentales para el mantenimiento de la calidad de vida en este contexto, lo que ilustra el gran reto para el afrontamiento del VIH en la actualidad en España. (Bueno Abad y Madrigal Vilchez, 2008).

1.4. Población Inmigrante Y VIH/Sida

Los inmigrantes que llegan a España, dependiendo de la región de origen, tienen un sistema de valores, costumbres y conocimientos en lo que respecta a la salud y a los servicios sanitarios muy diferentes a los que poseemos, desconociendo en muchos casos la organización del sistema sanitario del país. A esto cabe añadir otras barreras existentes dentro del propio sistema sanitario que dificultan más todavía el acceso, tales como el idioma, las situaciones de ilegalidad que conllevan temor por parte de los inmigrados, la complejidad de la burocracia administrativa, las diferentes percepciones sobre la salud o las dificultades para costear los tratamientos.

En lo que refiere al VIH/SIDA, en esta situación descrita de vulnerabilidad vivida por los recién llegados, concurren factores que aumentan la predisposición del individuo al VIH como el desarraigo afectivo, la precariedad social y económica, las barreras culturales, el desconocimiento

de los principios de promoción y protección de la salud y la dificultad de acceso a los programas de salud. Además muchos de estos inmigrantes pueden formar parte de poblaciones ocultas al sistema legal, de difícil acceso, a las que no llegan debidamente los programas de prevención del Sida (López-Véleza, Beltráa, Jerezb y Valero 2008).

Los aspectos culturales están estrechamente relacionados a las características que el fenómeno desarrolla en este colectivo representado por individuos oriundos de diversas partes del mundo: la forma de comprender y representar la sexualidad, las relaciones de género, la religiosidad, la cuestiones políticas y por supuesto las condiciones económicas influyen la evolución del problema y el abordaje del mismo. Sin embargo, la prevención a través del uso de preservativos, el nivel de información de estos ciudadanos y el acceso a los medicamentos son retos que todavía necesitan ser estudiados y enfrentados para una mejor comprensión de la dinámica y amplitud del problema que es el afrontamiento de la de la seropositividad en el contexto de la inmigración.

En lo que respecta a los nuevos casos en inmigrantes, en el año 2010, el 38,4% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países, tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (21,4%). Cabe destacar que, en el caso de las mujeres, más del 50% de los nuevos diagnósticos eran inmigrantes.

Al comparar las distintas regiones de origen, se observa que en los casos procedentes de Latinoamérica y Europa Occidental, la transmisión entre hombres que hacen sexo con hombres (HSH) supone un 59% y un 64% respectivamente, mientras que en españoles supone el 48%. En los subsaharianos, en cambio, el 84% adquirió la infección a través de la transmisión heterosexual, frente al 27% que representa en españoles.

Analizando las distintas categorías de transmisión, vemos que los españoles son mayoritarios en todos ellas. Sin embargo, en la heterosexual, casi el 50% son inmigrantes, y tanto el origen subsahariano (20,4%) como el latinoamericano (20,1%) tienen un peso importante. Entre los diagnósticos en HSH se destacaron, tras los de origen español (64,4%), los de origen latinoamericano (27%).

En el caso de la Comunidad Valenciana, de acuerdo con los datos de la Conserjería de Sanidad de la Comunidad Valenciana a través de las hojas epidemiológicas trimestrales (2011-2012), el perfil de la curva epidémica del Sida en esta comunidad es muy similar al que se observa en el conjunto de España. Tras la importante disminución en el número de casos de Sida a finales de los años noventa, en los últimos años se observa sólo un ligero descenso. Sin embargo, en lo que se refiere a los nuevos casos de VIH también se observa un aumento en el número de inmigrantes infectados, hecho que corrobora la idea de vulnerabilidad de este colectivo a la infección

por VIH, los nuevos casos de VIH en inmigrantes en 2011 han subido hasta alcanzar el 36,8%.

Más de una tercera parte de las nuevas infecciones por VIH en 2011 se ha diagnosticado en personas de origen extranjero. El predominio masculino en los casos de origen español ha sido abrumador (91,3%). En cambio, entre las personas de origen extranjero la proporción de mujeres alcanza el 36,7% (tabla 2).

La diferente distribución por sexo según el país de origen puede explicarse, al menos en parte, por la mayor proporción de casos en varones homosexuales en las personas de origen español. La transmisión heterosexual, que representa solo el 22,3% de los casos en españoles, alcanza el 46,7% en las personas de origen extranjero (tabla 3).

Tabla 2. Casos de infección VIH diagnosticados en 2011 por país de origen y sexo. Comunidad Valenciana

	Personas de origen español		Personas de origen extranjero	
	casos	%	casos	%
Hombres	94	91,3	38	63,3
Mujeres	9	8,7	22	36,7
Total	103	100,0	60	100,0

Fuente: SIVIH. Casos notificados hasta el 31 de diciembre de 2011.

Tabla 3. Casos de infección por VIH diagnosticados en 2011 por mecanismo de transmisión y país de origen. Comunidad Valenciana.

	Origen español		Origen extranjero	
	casos	%	casos	%
Varones homo/bisexuales	62	60,2	25	41,7
UDVP	7	6,8	1	1,7
Transmisión heterosexual	23	22,3	28	46,7
Otros o desconocido	11	10,7	6	10,0
Total	103	100,0	60	100,0

Fuente: SIVIH. Casos notificados hasta el 31 de diciembre de 2011.

De acuerdo con la actualización de los datos epidemiológicos de 2009, la edad media de los casos de sida en personas de origen extranjero ha sido de 35 años, frente a los 42 años de los españoles. La reducida edad media de los casos en extranjeros durante los últimos años refleja la juventud de la población inmigrante procedente de Latinoamérica, África y Europa Oriental.

Esto pone de manifiesto que esta infección está afectando de manera especial a los inmigrantes en España, pero se debe evitar una mala interpretación de estos datos, pues no se puede afirmar seguramente donde estas personas han contraído el virus, pero conviene subrayar que la salud no es el motivo principal que desencadena las migraciones, al contrario, este grupo es mayoritariamente joven y sano y le mueve la búsqueda de empleo,

lo que además lleva a suponer que los inmigrantes también se infectan aquí debido a la situación de vulnerabilidad social descrita y al hecho de que, muchos de estos grupos de inmigrantes, vienen de países con poca prevalencia de la enfermedad.

Es cierto y consensual que la epidemia de VIH/Sida se ha desarrollado en España fundamentalmente por transmisión entre la población autóctona, pero coincidiendo con el llamativo aumento de la población inmigrante en la Comunidad Valenciana, también se ha producido un incremento en los casos de VIH/Sida en el colectivo de inmigrantes. Además, estos datos son estimativos considerando que muchos de los inmigrantes, principalmente los oriundos de países pobres y en situación irregular, no tienen acceso a los sistema de salud por variados motivos que necesitan ser más ampliamente estudiados.

Ante el diagnóstico del VIH confluyen muchas variables que modulan la reacción de la persona enferma, tanto por las consecuencias de la enfermedad en sí como por los condicionantes sociales que le rodean, que van desde las características individuales, el nivel cultural, la información y los aspectos emocionales hasta la disponibilidad de apoyo familiar y social. El estigma asociado es un obstáculo para su afrontamiento que se agrava con la situación de desprotección en la que se encuentra la población inmigrante ya que puede verse en situaciones de rechazo y aislamiento mayor, en un

espacio que no es el propio y en muchas ocasiones con carencia de vínculos afectivos cercanos.

Mencionaremos también el denominado síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) descrito por Achotegui (2004), que se caracteriza por determinados estresores o duelos que el inmigrante padece y, por otro lado, porque aparecen una serie de síntomas psiquiátricos relacionados sobre todo con la soledad y separación forzada de los seres queridos, con el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas condiciones para salir adelante y con los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio. Este estrés se caracteriza por ser crónico y múltiple, es un estrés que el inmigrante no puede controlar y que se vive con muy poco apoyo social.

La mayoría de las investigaciones que han abordado esta temática están fijadas en datos epidemiológicos y de prevalencia como se pueden observar en Fuertes y Martín Laso (2006); López-Vélez y col. (2008); Ros Collado Y Ollé Rodríguez (2006), pero estos estudios poco valoran los aspectos de afrontamiento resultantes de la vivencia de la seropositividad en el colectivo de inmigrantes. Una serie de cuestiones necesitan respuestas ya que este grupo es vulnerable a esta enfermedad por condiciones que necesitan ser mejor comprendidas.

En algunos estudios en el ámbito social recientemente han descubierto algunas peculiaridades de este colectivo ante el VIH. Desde la Universitat Jaume I de Castelló se presentó un estudio sobre la reacción emocional y el apoyo social en los inmigrantes ante el diagnóstico del VIH (Ballester Arnal, 2008), en el que se concluyó que los pacientes inmigrantes tienen características socio-demográficas, características y actitudes hacia la enfermedad diferentes a los pacientes autóctonos que influyen en el afrontamiento personal al VIH y deben ser tenidos en cuenta. Algo similar concluyó un estudio realizado desde el Hospital Santa Creu y Pau de Barcelona (Barata Badiella, 2008).

Existen también algunos estudios sobre las características diferenciales, que comparan la población española con la inmigrante, como el realizado por la agencia de Salud Pública de Barcelona que concluyó que los casos de VIH en personas nacidas en el extranjero se diferenciaban de los autóctonos en la edad, siendo los extranjeros más jóvenes en el momento del diagnóstico, y la vía de transmisión, siendo la vía sexual el modo de transmisión más frecuente (García de Olalla, 2008). Un estudio del CNE (Garriga Fuentes, 2008) corrobora con el estudio anterior y añade que tanto en españoles como en extranjeros las relaciones homosexuales son el mecanismo de transmisión más común, pero destacando la importancia de las

heterosexuales entre éstos últimos y la elevada proporción de co-infección con otras ETS.

Desde la investigación que presentamos, pretendemos profundizar en esta perspectiva, considerando que la inmigración en España es un fenómeno actual de grandes proporciones, que está produciendo un impacto en la sociedad y que, sin embargo, las políticas públicas y el sistema de salud necesitan de más información sobre las prácticas sociales y experiencias de vida de estas personas para que se puedan crear estrategias de prevención y tratamiento más humanas y eficaces, y poder al menos paliar las dificultades de este colectivo en el ámbito social y sanitario.

1.5. Representaciones Sociales del VIH/Sida

Fue a partir de la mitad de los años ochenta que el VIH/Sida pasó a ocupar una posición de presencia destacada en las agendas de los informativos en los medios de comunicación de masas, hasta entonces todas las noticias sobre el fenómeno tenían un carácter marginal y relacionaban el problema a grupos muy específicos. Cuando el virus comenzó a desplazarse rápidamente a diversas regiones del planeta y personalidades publicas pasaron a padecer de la enfermedad, aumentó considerablemente el impacto causado por el SIDA en las sociedades. La avalancha informativa facilitó la

emergencia de diversas representaciones sociales del VIH/Sida que ya estaban en marcha.

Las representaciones sociales fueron introducidas como sistema teórico a partir de la publicación de la obra de Serge Moscovici intitulada *La Psychanalyse: son image et son public* (1961). Estudio que analizaba la introducción de conceptos psicoanalíticos en la vida cotidiana de los parisinos y como estos conceptos influían en los comportamientos de las personas. A partir de entonces la teoría de las representaciones sociales ha ejercido gradualmente en psicología social una función conciliadora entre los paradigmas cognitivo, experimental y construccionista.

Las representaciones sociales sirven, sobre todo, para el establecimiento de una orden que permita la orientación de los individuos en el mundo social, como también, la comunicación de los mismos en los grupos sociales, siendo necesario, en proceso de sistematización científica, contrastarlas con las condiciones en las que son producidas: las comunicaciones vehiculadas en los medios formales y informales. De acuerdo con Moscovici (2003) la principal función de la representaciones sociales es convertir lo que no es familiar en algo cercano, práctico y familiar.

Las representaciones Sociales son modalidades de conocimiento social, elaboradas y compartidas en grupo, con el objetivo práctico de construir una realidad común para un conjunto social, la literatura denomina

estas teorías creadas por los grupos de teorías del sentido común, según la palabras del propio Moscovici (2003), son estas teorías del sentido común el principal objeto de estudio de las representaciones.

Volviendo al contexto de VIH/Sida, caracterizado en sus momentos iniciales como un fenómeno desconocido sobre el cual las sociedades tuvieron que elaborar teorías y explicaciones que pudiesen orientar sus conductas. De acuerdo con Jodelet (2001) las principales representaciones sociales del Sida estaban asociadas al colectivos marginados de Estados Unidos y Europa como gays, prostitutas y drogaditos, percibida desde un prisma moral y religioso, asociada a la muerte inmediata como castigo por la opción hedonista de vida, versus representaciones sociales vinculadas a enfoques biologicistas o médicos, así como representaciones asociadas a teorías conspirativas, etc. Comenzaron a surgir y difundirse a través de los medios de comunicación (Bueno Abad y Madrigal Vilchez, 2008).

Con la evolución y cambios en la presencia social de la enfermedad, algunos aspectos de las antiguas representaciones han mutado y también se han añadido nuevos elementos que son específicos del fenómeno en la actualidad. En el estudio realizado por Bueno Abad y Madrigal Vilchez (2008) con familiares, pacientes y profesionales en contexto del Sida, se verificó la aparición de nuevas representaciones que conciben la enfermedad no tanto como mortal sino más como crónica, debido a los avances en el

tratamiento conquistados en los últimos años. Otra transformación observada fue el momento de considerar las causas de la infección, no más como castigo por conductas hedonistas pero como consecuencia de practicas personales de exposición al virus. O sea de la connotación de castigo se comienza a dar lugar a una que responsabiliza las conductas personales.

Estudios realizados en Brasil sobre las representaciones de VIH/Sida por Barros, Alvarenga y Victorino (2007) y Castanha, Coutinho y Saldanha (2006) han demostrado también que el sentido común no suele separar la infección por VIH del desarrollo de la enfermedad Sida, o sea, que dentro del sentido común ser seropositivo y tener Sida significan lo mismo. Estas investigaciones también corroboraron la presencia de representaciones que asocian la enfermedad al prejuicio y exclusión social, como también, es cierta la asociación del problema a las limitaciones en consecuencia del tratamiento que ha prolongado mucho la expectativa de vida de las personas infectadas.

En una análisis transcultural de las representaciones sociales del VIH/Sida en pacientes seropositivos y enfermos de Sida realizada por Bueno Abad y Barros (2009), con el objetivo de comparar las representaciones en los contextos de Brasil y España, se han revelado varias convergencias entre las representaciones elaboradas por los sujetos de ambos contextos socioculturales: fuerte influencia del modelo biomédico, presencia de los

antiguos modelos de representación, introducción del aspecto de la cronicidad, concepción de la enfermedad basada en la infección y en el tratamiento, la dimensión del prejuicio y exclusión social, resaltando que en el ámbito de las divergencias los participantes españoles sienten menos los efectos de la discriminación y exclusión social, como también, los sujetos de Brasil suelen fijar más sus representaciones en modelos mítico-religiosos, resaltando que estas formas de representación están presentes en ambos contextos, pero en distintos niveles.

Sin duda, estos estudios psicosociales realizados en varias partes del mundo contribuyen en consolidar algunos aspectos como la fundamental importancia en el afrontamiento de la enfermedad. El mantenimiento de la adherencia al tratamiento, la necesidad de redes de apoyo social, el desarrollo de una vida social activa y productiva son factores que influyen positivamente en la calidad de vida de los pacientes seropositivos.

Por eso para articular estrategias de prevención, así como de adhesión al tratamiento, debemos reconocer que estas conductas están íntimamente vinculadas a las imágenes y representaciones y concepciones tanto colectivas como individuales que una persona o un grupo tiene de una enfermedad (Bueno Abad, Madrigal y Lujan, 2005).



CAPÍTULO II

2. OBJETIVOS:

Desde un punto de vista global, la investigación que basa esta tesis doctoral, pretende profundizar en el conocimiento sobre la vulnerabilidad y el afrontamiento de la seropositividad al VIH/Sida en el contexto de la inmigración, a partir de una mirada psicosocial, aportada por las experiencias de los profesionales de ONG'S y asociaciones comunitarias, como también, de los profesionales del ámbito social y sanitario que se dedican a su intervención, finalmente también a través de las historias de vida de inmigrantes seropositivos o con Sida residentes en la ciudad de Valencia.

Para lo tanto, se propone un análisis que tenga en cuenta el protagonismo de estos actores sociales, de acuerdo con sus narrativas, para así comprender los aspectos que pueden estar relacionados al proceso de infección y de convivencia con la enfermedad en condiciones de inmigración.

También se propone identificar los factores que pueden ser responsables para la vulnerabilidad de los colectivos de inmigrantes a la infección por VIH, de acuerdo con las interlocuciones evocadas por los participantes del estudio. Por eso también se hace necesario analizar las diferencias entre las prácticas preventivas desarrolladas por los inmigrantes y autóctonos, como también verificar como los profesionales evalúan los niveles de información de los inmigrantes, que frecuentan su entorno laboral,

con relación a los cuidados preventivos y al acceso a los métodos de tratamiento.

2.1. Objetivos Específicos:

- Analizar las representaciones sociales de la inmigración en España a partir del discurso de los actores sociales en situación de interacción grupal;

- Verificar las condiciones en las que se establecen los grupos de inmigrantes en la Comunidad Valenciana en la actualidad: sus características, condiciones sociales, económicas, laborales y sanitarias;

- Identificar los factores que vulnerabilizan algunos colectivos de inmigrantes a situaciones de exclusión social e infección por el virus VIH.

- Conocer como ocurre el proceso de afrontamiento del colectivo de inmigrantes al diagnóstico y tratamiento del VIH/Sida.

- Analizar los aspectos y diferencias culturales en las creencias, valores, representaciones y tradiciones sociales que pueden estar relacionados con los comportamientos sexuales de los individuos y con el tratamiento de la enfermedad.

CPITULO III

3. METODOLOGÍA APLICADA

3.1. Aportaciones Teóricas

Dado que la investigación tiene un carácter psicosociológico y el objetivo es analizar múltiples aspectos relacionados con la experiencia de la seropositividad en el contexto de la inmigración de manera global, el estudio está concebido como estrictamente cualitativo. Hemos considerado la metodología cualitativa la más adecuada para la consecución de los objetivos propuestos en este trabajo de investigación pues con estas técnicas obtenemos datos descriptivos, basados en las propias palabras de las personas, con los que trataremos de obtener una comprensión detallada en torno al proceso de convivencia con la seropositividad en la situación de inmigración. Además, las técnicas cualitativas nos posibilitan una vía de comunicación directa a través de un rico intercambio simbólico que nos permite un verdadero acercamiento de las experiencias subjetivas de los actores sociales, como también, nos posibilita una mirada más detallada de los aspectos sociales más importantes.

3.2. El Enfoque Cualitativo

El enfoque cualitativo de investigación es, por su propia naturaleza, dialéctico y sistémico. Estos dos presupuestos, epistemológico y ontológico, conviene hacerlos explícitos, en todo proyecto o desarrollo de investigación, por medio de un breve "marco epistemológico", para aclarar de forma detallada la elección de los procedimientos metodológicos utilizados. Este "marco" se apoyaría básicamente en una epistemología de fondo que es absolutamente necesaria, ya que es la que le da sentido a la metodología y a las técnicas que se utilicen, como, igualmente, a las reglas de interpretación que se usen.

Cualidad y Calidad vienen del mismo término latino *qualitas*, y éste deriva de *qualis* (cuál, qué). De modo que a la pregunta por la naturaleza o esencia de un ser: ¿qué es?, ¿cómo es?, se da la respuesta señalando o describiendo su conjunto de cualidades o la calidad del mismo. En sentido propio, filosófico, según Aristóteles (1973, p. 221), en *Metafísica*, Libro 5, Cap. 14: De la cualidad: "las acepciones de la cualidad pueden reducirse a dos, de las cuales una se aplica con mayor propiedad y rigor; en efecto, en primer lugar, cualidad es la diferencia o característica que distingue una sustancia o esencia de las otras". Y en la *Lógica* hace ver que la forma sintética de la cualidad no puede reducirse a sus elementos sino que pertenece

esencialmente al individuo y es la que hace que éste sea tal o cual. Esta segunda acepción apunta hacia la subjetividad humana y toda la complejidad que la engloba.

Igualmente, el Diccionario de la Real Academia define la cualidad como la "manera de ser de una persona o cosa" (2ª acepción). Y el Diccionario que acompaña a la Enciclopedia Británica dice que la cualidad "es aquello que hace a un ser o cosa tal cual es" (1ª acepción, entre 11). Ambos diccionarios ejemplifican el concepto aristotélico (Martínez, 2006).

Es esta acepción, en sentido propio, filosófico, la que se usa en el concepto de "Metodología Cualitativa". No se trata, por consiguiente, del estudio de cualidades separadas o separables; se trata del estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es: Una persona, una entidad étnica, social, empresarial, un producto determinado, etc.; aunque también se podría estudiar una cualidad específica, siempre que se tengan en cuenta los nexos y relaciones que tiene con el todo, los cuales contribuyen a darle su significación propia (Martínez, 2006).

De esta manera, la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Efectivamente, entendemos que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo

cuantitativo (que es sólo un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante (Valles, 2000).

La teoría del conocimiento o filosofía de la ciencia en que se apoya la metodología cualitativa, rechaza el modelo positivista de ciencia. Acepta, en cambio, el "modelo dialéctico", considerando que el conocimiento es el resultado de una dialéctica entre el sujeto (sus intereses, valores, creencias, etc.) y el objeto de estudio. No existirían, por consiguiente, conocimientos estrictamente "objetivos". El objeto, a su vez, especialmente en el área de las ciencias humanas, es visto y evaluado por el alto nivel de complejidad estructural o sistémica, producida por el conjunto de variables bio-psicosociales que lo constituyen. "Se considera que toda realidad, desde el átomo hasta la galaxia, está configurada por sistemas de muy alto nivel de complejidad, donde cada parte interactúa con todas las demás y con "el todo"" (Von Bertalanffy, 1981, p. 47).

Así, remarcamos nuestra opción por las metodologías cualitativas, señalando que desde nuestro punto de vista, los distintos fenómenos de la problemática social no pueden explicarse por los mecanismos propios de la normalidad y la regularidad. Los fenómenos sociales vinculados con las situaciones de exclusión señalan una ruptura con las normas mayoritarias, son como una especie de telón de fondo particular. En este sentido, para nosotros va a resultar más determinante analizar estos fenómenos desde la perspectiva

del conocimiento del contexto propio, y de los actores sociales participantes en el mismo, priorizando el sentido longitudinal y diacrónico de la acción entendida y la transformación social que se pretende conseguir.

Piaget (1976) define este saber "local" que buscamos como "pensamiento sociocéntrico", por oposición al pensamiento técnico y científico: "un saber elaborado para servir a las necesidades, los valores y los intereses del grupo". En este sentido, coincide con el "conocimiento emancipatorio" de Habermas (1982), objeto de la "investigación-acción", y que se opone al "conocimiento instrumental", que es básicamente controlador y explotador.

Moscovici (1981), por su parte, acentúa todavía más esta postura fenomenológica, dándole el rango epistemológico de ciencia (frente y en oposición al conocimiento científico clásico), al considerar las "representaciones sociales" como una forma de conocimiento social específico, natural, de sentido común y práctico, que se constituye a partir de nuestras experiencias, saberes, modelos de pensamiento e información, que recibimos y transmitimos por la tradición, la educación y la comunicación social. Él rompe todavía más barreras cuando utiliza en propio método científico y modelos teóricos como procedimientos para acceder a este conocimiento natural y transformarlo en representaciones sociales a través de una especie de meta-ciencia.

Múltiples aproximaciones e investigaciones se han desarrollado en esta línea de trabajo, nuestra propia línea de investigación ha estado justificada en distintos proyectos relacionados con el estudio de la intervención social desde la utilización de las metodologías cualitativas y sus consecuencias desde una perspectiva psicosocial: (Bueno Abad y Barros 2011; Bueno Abad y Barros, 2009; Bueno Abad y Madrigal Vílchez, 2008; Castanha, Coutinho, Ribeiro y Saldanha, 2007; Barros, Alavarenga y Vitorino, 2007; Castanha, Coutinho y Saldanha, 2006; Bueno Abad, Madrigal y Lujan, 2005; Bueno Abad, 1991, 1992, 1998). Nuestra propia experiencia y el ámbito donde metodológicamente situamos nuestra investigación nos justifica la utilización de las metodologías cualitativas desde tres ámbitos diferenciados:

- Un orden epistemológico ya que será necesaria una exploración en profundidad de la perspectiva de los actores sociales como elemento imprescindible para tener una justa aprehensión y comprensión de las conductas sociales.

- El segundo ámbito de orden ético, ya que nos abre la puerta a una comprensión y a un conocimiento del interior de los dilemas y de los retos a los cuales hacen referencia unos actores sociales, que son tradicionalmente tratados sin posibilidad de presencia e influencia, esto es: sin poder.

- Un tercer ámbito claramente metodológico que se nos muestra, como instrumento privilegiado de acceder a la experiencia de los actores. Seguiremos en este sentido las aproximaciones de Pierre Bourdieu (1993). Dentro de una amplia tradición científica que utiliza las metodologías cualitativas para tratar de describir y reconocer la opinión directa de los actores sociales en situaciones de problemática social, queremos solamente reflejar la cita de Tesch, R. (1990), cuando nos plantea que son los instrumentos cualitativos, los que se basan en métodos que pretenden la elaboración de configuraciones descriptivas, de modelos (patterns), apoyándose en una perspectiva epistemológica según la cual el mundo social no estaría dado, sino que estaría constantemente construido por los actores sociales.

Nuestra elección por una metodología cualitativa nos indica que los niveles de proposición teórica no provienen solamente del conocimiento teórico del investigador, sino sobre todo de la sensibilidad a los datos que recogemos y del conocimiento del medio que estudiamos. Nuestra tarea como investigadores, es la de generar procesos de interpretación, de construir a partir de la información que surgen del estudio de terreno, del medio social, de darles la forma incorporando esta perspectiva dentro de la tradición científica.

La perspectiva metodológica de la que partimos pretende fundamentarse sobre la opinión directa de los actores sociales, por lo tanto, nos fundamentamos en una perspectiva construccionista, según la cual los informadores actúan como interpretes, presentando distintas reconstrucciones parciales de la realidad, mientras que el investigador procede el mismo a su propia reconstrucción de tal forma que ambos construyen la realidad.

El construccionismo, en la perspectiva de la teoría del conocimiento, es la comprensión de que los términos en que el mundo es comprendido son artefactos sociales, productos de los cambios históricamente situados entre las personas (Gergen, 1985).

Siguiendo en esta perspectiva, la investigación construccionista tiene como foco principal la explicación de los procesos por los cuales las personas describen, explican o contabilizan el mundo en que viven, incluyéndose a sí mismas. En resumen: el conocimiento no es una cosa que las personas poseen en la cabeza pero algo que hacemos juntos (Spink, 2004).

Todavía de acuerdo con Spink, la adopción de una postura construccionista implica la resignificación de la relación entre sujeto y objeto que presupone el abandono de la idea cristalizada de dualidad propia del pensamiento positivista. En esta nueva perspectiva tanto el objeto como el sujeto son construcciones socio-históricas: la manera como accedemos a la

realidad instituye los objetos que constituyen la realidad, o sea, la realidad nos existe independientemente de nuestra manera de percibirla y interpretarla.

Nuestro enfoque pretende aprehender las significaciones que los actores sociales dan a sus actos, y a sus experiencias, nuestro interés metodológico es tratar de descubrir modelos más que descubrir leyes. El sentido construccionista se da en ver que: el objeto de estudio esta concebido no solamente como la interacción del sujeto y del objeto, sino como el producto de un proceso de construcción dentro del cual el sujeto es parte activa, el sentido deviene construido en el interior del campo de investigación, tal y como han recogido Spink (2004).

3.3. Procedimientos Metodológicos:

3.3.1. Campo de Investigación

Esta investigación fue dividida en tres fases. En la primera fueron desarrollados Grupos de Discusión, posteriormente Entrevistas en Profundidad con profesionales socio-sanitarios y finalmente, Historias de Vida con inmigrantes viviendo con VIH y/o Sida.

El campo de investigación de la primera etapa del estudio fue definido a partir del universo de organizaciones no gubernamentales (ONGs) que ofrecen apoyo a inmigrantes y personas en situación de exclusión social, como también, de instituciones que realizan el diagnóstico y prestan orientación y apoyo a personas con VIH/Sida en la ciudad de Valencia.

En la segunda etapa se priorizó el universo de Hospitales y Centros de Salud que realizan pruebas de VIH y también ofrecen seguimiento y tratamiento antiretroviral a los pacientes seropositivos en la ciudad de Valencia. Sin embargo, se contó también con la participación de profesionales de salud del Hospital Losano Blesa de Zaragoza, que también ofrece este tipo de servicio a sus usuarios para contactar con distintos profesionales del ámbito sanitario.

En la última fase se contó con la participación de inmigrantes seropositivos y/o con Sida, en tratamiento, representantes los colectivos de extranjeros extracomunitarios más numerosos en España.

3.3.2. Muestra

Fueron criterios fundamentales para la inclusión de los participantes de los Grupos de Discusión ser: profesional de una de las instituciones seleccionadas, poseer reconocida experiencia en el desarrollo de

sus actividades, realizar actividades directas con población inmigrante y no mantener relaciones próximas con los otros participantes del Grupo de Discusión al cual fueron seleccionados. El número total de participantes en la muestra de esta fase del estudio fue de doce personas, siete del sexo femenino y cinco del sexo masculino, todos profesionales que trabajan en ONGs o Unidades de Salud ubicadas en la ciudad de Valencia.

Para la elección de los participantes de las Entrevistas en Profundidad se ha definido como criterios de inclusión en la muestra ser: medico, enfermero, trabajador social o psicólogo de ambos sexos, que presten servicio a pacientes seropositivos de origen extranjero, con experiencia profesional mínima de un año. Con respecto a esta etapa de la investigación, participaron diez profesionales socio-sanitarios, tres médicos, cinco trabajadores sociales, un psicólogo y una enfermera, de ambos sexos, siendo dos hombres y ocho mujeres, con media de edad de cuarenta y seis años. La media de tiempo de actuación de los profesionales fue de doce años, no obstante un de los participantes, la enfermera, solo tenía dos años de experiencia, lo que ha impactado en la media general de este requisito, pues se ha tratado de un factor *outline*, diferenciado de las características del conjunto de la muestra.

En la ultima fase, las Historias de Vida, se ha definido como criterios de selección de la muestra ser: inmigrante seropositivo, mayor de

dieciocho años, de ambos sexos, con tiempo de diagnóstico mínimo de dos años, como también, estar en tratamiento en la Comunidad Valenciana. Participaron de esta etapa cuatro personas seropositivas, dos Iberoamericanos y dos provenientes de África Subsahariana, de estos, uno ya había desarrollado el Sida, pues se trató de un diagnóstico tardío realizado en consecuencia del surgimiento de síntomas típicos de la enfermedad. La media de edad fue de treinta y ocho años, sin embargo, uno de los participantes también se trató de un caso *outline*, pues también se diferenció de las características del resto de la muestra, presentando una diferencia de veinte años de edad con relación al segundo participante de mayor edad de la muestra.

3.3.3. Procedimiento de Recogida de Informaciones

Considerando la complejidad del tema y la amplitud del universo de la investigación realizamos una triangulación de procedimientos cualitativos para la recogida de informaciones y datos divididos en Grupos de Discusión, Entrevistas en Profundidad y Historias de Vida, con la intención de captar los discursos, opiniones y representaciones sociales de los profesionales socio-sanitarios y de los inmigrantes seropositivos sobre el

fenómeno de la seropositividad en el contexto de la inmigración, como también, para verificar los modelos de actuación e intervenciones puestos en práctica por los profesionales:

3.3.3.1 Grupos de Discusión:

- El primero grupo, identificado por la sigla (G. 1), fue realizado con representantes de ONGs multisectoriales, o sea, que desarrollan trabajos con diversos grupos de personas en situación de pobreza, marginación y exclusión social, compuesto por 5 participantes de las instituciones: Cáritas, Médicos del Mundo, Cruz Roja, Asociación Valenciana de Caridad y CAST (Centro de Atención a Personas sin Techo).

- El segundo (G. 2) con representantes de ONGs vinculadas con la temática de la inmigración, compuesto de 3 participantes de las instituciones: Aracova, Avar y Valencia Acoge.

- El tercero (G. 3) contó con la participación de representantes de ONGs dedicadas a orientación y apoyo a pacientes seropositivos y con SIDA, compuesto de 4 participantes de las instituciones: CIPS, Colectivo Lambda, Avacos y Comité Ciudadano Anti-Sida.

3.3.3.2. Entrevistas en Profundidad

A continuación serán descritos los datos de los profesionales entrevistados en el orden cronológico en que se han realizado las entrevistas en profundidad.

- La primera entrevista fue realizada con una enfermera de 26 años de edad y con 2 años de experiencia trabajando en el CIPS de la ciudad Valencia.

- La segunda entrevista fue desarrollada con una médica de 55 años, con 23 de experiencia profesional y que actualmente trabaja en el CIPS de Alicante.

- La tercera a profesional en ser entrevistada es trabajadora social, tiene 44 años y trabaja hace 20 años en el CIPS de Alicante.

- La cuarta entrevista fue realizada con una Médica de 48 años, con 21 años de experiencia profesional y que actualmente trabaja en el CIPS de Alicante.

- La quinta entrevista fue realizada con un Médico de 58 años, con 26 años de experiencia profesional y que trabaja en el hospital Losano Blesa de Zaragoza.

- La sexta participante tiene 47 años, es trabajadora social con 20 años de experiencia en la profesión, realiza sus actividades en el hospital Losano Blesa de Zaragoza.

- La séptima entrevista en profundidad fue concedida por un Psicólogo, profesor de la Universidad Jaume I de Castellón Valencia, con 15 años de experiencia en investigaciones con hombres que trabajan como profesionales de sexo.

- La octava entrevista fue realizada con una trabajadora social, de 40 años, que trabaja en Crus Roja, con 13 años de experiencia en atención a inmigrantes en situación de vulnerabilidad social.

- La novena profesional en ser entrevistada tiene 50 años es trabajadora social y desde hace 16 años trabaja prestando atención a pacientes seropositivos en el hospital clínico de Valencia.

- La décima entrevista fue realizada con una trabajadora social de 41 años con experiencia en atención a personas sin techo y en situación de

vulnerabilidad social en dos instituciones de atención a personas con VIH/sida de la región metropolitana de la ciudad de Valencia.

3.3.3.3. Historias de Vida

- La primera historia de vida fue narrada por un inmigrante peruano de 26 años, desempleado, diagnosticado seropositivo hace 8 años en Perú y residente en España hace 6 años.

- La segunda historia de vida fue narrada por una Mujer de 54 años, venezolana, desempleada y diagnosticada seropositiva hace 7 años en Venezuela, residente en España hace 5 años.

- La tercera historia de vida fue realizada con una inmigrante Africana, proveniente de Guinea Ecuatorial, cuidadora de personas mayores o enfermas, diagnosticada seropositiva y residente en España hace 5 años.

- La cuarta entrevista fue realizada con un inmigrante de Camerún, desempleado, diagnosticado seropositivo y residente en España hace 4 años.

3.3.4. Cronología y Desarrollo Temporal de la Investigación.

3.3.4.1. Cronología de los Grupos de Discusión

Inicialmente fue realizada una investigación de campo con el objetivo de mapear las instituciones y de conocer su funcionamiento y sus usuarios, para así definir los participantes de esta etapa del estudio. Después de realizada esta primera fase, fueron seleccionadas las variables para definir la elección de los participantes en los Grupos de Discusión. Tres variables fueron usadas para definir las instituciones elegidas para la investigación. La primera es prestar atención a población inmigrante, la segunda desarrollar trabajos con colectivos marginados o en situación de vulnerabilidad social y la tercera dar apoyo y tratamiento a pacientes seropositivos o con Sida.

El siguiente paso fue visitar las instituciones seleccionadas y contactar sus directores, para presentar los objetivos de la investigación y pedir autorización para entrevistar sus representantes. Una vez autorizado el procedimiento, los participantes fueron invitados a sus respectivas citas y respondieron a una guía de preguntas realizadas por la persona que moderaba el grupo de discusión. Las preguntas del guión fueron las siguientes:

¿Qué pensáis y sabéis sobre la cuestión de la inmigración en España actualmente?

¿Cómo describiríais las características de los inmigrantes que viven en España?

¿Cómo están las condiciones de Salud de la población inmigrante?

¿Cómo creéis que afecta el VIH/Sida a los inmigrantes?

¿Cómo creéis que los inmigrantes afrontan el diagnóstico a la seropositividad en situación de inmigración?

¿Qué efectos psicológicos pueden producirse como consecuencia del el diagnóstico al VIH?

¿La cultura del inmigrante influye en el proceso de afrontamiento de la seropositividad?

¿Cómo está el nivel de información del inmigrante sobre el VIH/Sida, su contagio y tratamiento?

¿Qué sabéis sobre el tema del tratamiento antirretroviral en seropositivos y enfermos de Sida de origen extranjera?

¿Creéis que la inmigración puede dejar las personas más vulnerables al VIH/Sida?

3.3.4.2. Cronología de las Entrevistas en Profundidad:

Para las Entrevistas en Profundidad también fue realizada una investigación de campo con el objetivo de mapear las instituciones y de conocer su funcionamiento y usuarios, para así definir los participantes de esta fase de la Investigación. En este caso se definió como variables para seleccionar los participantes: ser profesional socio-sanitario: médico, enfermero, trabajador social o psicólogo, que tuvieran, por lo menos, dos años de contacto con población inmigrante seropositiva o de enfermos de Sida en el cotidiano de sus actividades profesionales.

En el caso de las Entrevistas en Profundidad se ha seguido los mismos pasos realizados en los Grupos de Discusión: visita a las instituciones, contacto con sus direcciones, presentación de los objetivos del estudio, petición de autorización. Una vez autorizado el procedimiento, los participantes fueron invitados a sus respectivas citas y respondieron a una pregunta inductora, no obstante, el entrevistador ha usado una guía de preguntas para estimular la profundización de las cuestiones espontáneamente mencionadas por los los entrevistados. El guión de referencia será presentado a continuación:

1. Aspectos demográficos y de origen:

- Edad?
- Sexo?
- Estado Civil?
- Procedencia?
- Nivel Cultural?
- Trabajo?
- Religiones?
- Nivel de inserción social?

2. Pregunta inductora

¿Qué le viene a la mente cuando usted piensa en el proceso de afrontamiento del VIH/Sida para los inmigrantes según su experiencia trabajando con esta población.

3. Situación de la persona afectada:

- Como ocurre el proceso de diagnóstico en la situación de inmigración?
- Como ocurre el proceso de afrontamiento?
- Donde hubo el contagio? Aquí o en el país de procedencia?
- Vía de transmisión más frecuente en inmigrantes?

- Tratamiento de la enfermedad: seguimiento, nivel de defensas, carga viral, enfermedades oportunistas.
- Medicinas y efectos secundarios?
- Niveles de atención que reciben: psicológica, clínica y social.
- Nivel de información sobre el VIH y las formas de transmisión.

4. *Aspectos de Identidad Social del Inmigrante seropositivo:*

- Autoestima
- (síndrome de Ulises)
- Efectos psicológicos de la convivencia con la enfermedad
- Aspectos culturales y religiosos del inmigrante
- Imagen social
- Actividades sexuales
- Ejercicios físicos
- Sentido de la vida
- Cambios de valores
- Auto-aceptación de la enfermedad
- Nivel de estrés.
- Hay diferencias entre los diversos grupos de inmigrantes a la hora de afrontar el problema. Cuales son?

5. ***Apoyo Social:***

- Participación en grupos de apoyo, ONG's o entidades de ayuda
- Relaciones de amistad y familiares?
- Relaciones de apoyo mantenidas: emocional, material o informacional
- Apoyo jurídico o económico.

6. ***Estigmas y estereotipos:***

- Representaciones de la enfermedad / actitudes.
- Rechazo: la hipótesis del doble rechazo (inmigrante y seropositivo)
- Tipos de discriminaciones
- Riesgos? Si hay, cuales son y como se producen?

7. ***Vulnerabilidad:***

- En su opinión que aspectos pueden dejar los colectivos de inmigrantes más vulnerables al VIH.
- Que medidas pueden ser tomadas para mejorar el cuadro?
- Que aspectos dificultan el trabajo con estas poblaciones?

3.3.4.3. Cronología de las Historias de Vida

Los participantes de las Historias de Vida fueron contactados a través del Comité Ciudadano Anti-Sida, institución participante del Grupo de Discusión. Se ha seguido los mismos pasos descritos anteriormente, y una vez contactados los participantes y teniendo sus respuestas favorables, se ha realizado el procedimiento de la historia de vida en la propia sede del comité.

El Procedimiento se desarrolló de la forma más sencilla posible, para que de esta forma no se influenciara la narrativa de los participantes. De esta manera se utilizó una pregunta inductora:

¡Cuénteme su historia de vida desde su infancia hasta la actualidad¡;

En el caso de las Historias de Vida también se utilizó un guión de referencia que ha destacado los temas:

1. Infancia y relaciones familiares;
2. Escolaridad y educación;
3. Adolescencia y relaciones con el entorno social;
4. Desarrollo sexual y primeras experiencias sexuales;
5. Formación profesional;
6. Relaciones Afectivas;

7. Inmigración
8. Diagnostico de la seropositividad al VIH;
9. La vida de Inmigrante Seropositivo o con Sida;
10. El tratamiento del VIH/Sida;
11. Crisis económica y Inmigración;
12. Expectativas sobre el futuro.

3.3.5. Análisis

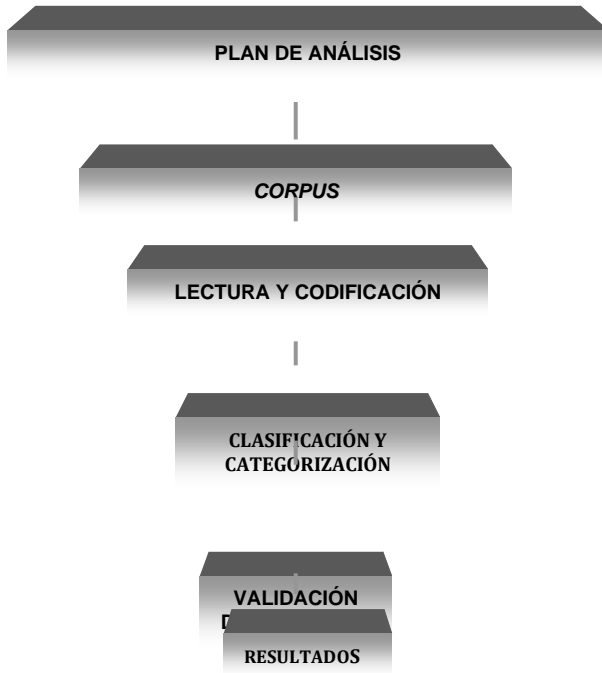
Las informaciones obtenidas a través de los Grupos de Discusión fueron analizadas en dos etapas. Primero fue realizado el procedimiento de Análisis de Contenido propuesto por Bardin, (2002), cuando se refiere al Análisis de Contenido como: “un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones para obtener, por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores (cualitativos o cuantitativos) que permitan la inferencia de conocimientos sobre las fuentes de producción de estos mensajes. En el ámbito del análisis temático, se enfoca el análisis de los sucesos objetivando revelar la atención dada por los sujetos entrevistados en el discurso, confiriéndole diferentes contenidos.

Posteriormente fueron Analizados los Discursos de los participantes de los Grupos de Discusión, de las Entrevistas en Profundidad y de las

Historias de Vida, respectivamente, con el intento de categorizar las informaciones provenientes de las experiencias y concepciones de lo actores sociales sobre el fenómeno, procedimiento ya utilizado en otras investigaciones realizadas dentro de esta perspectiva metodológica, como se ha recogido en (Bueno Abad y Barros, 2010; Bueno Abad y Vilchez, 2008; Barros y Cutinho, 2006).

Así, a partir de los aportes metodológicos anteriormente mencionados y teniendo como base los objetivos propuestos para esta investigación, fue desarrollado un proceso de análisis e interpretación de los discursos siguiendo tales etapas operacionales: (ver figura 01)

Figura 01: Plan de Análisis



CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Buscando la sistematización adecuada para la elaboración de las representaciones sociales de los profesionales de ONG's sobre el VIH/Sida en inmigrantes, se optó por la utilización de procedimientos cualitativos para la recogida de informaciones, que por la condición de sus parámetros posibilitaron una investigación profunda y coherente a los objetivos propuestos en este estudio. Los resultados obtenidos por medio de los Grupos de Discusión fueron analizados como una manera de propiciar una interrelación mutua y una mirada diversificada considerando la dimensión léxica y semántica del discurso de los actores sociales, teniendo en cuenta el universo consensual, las divergencias y idiosincrasias de los participantes.

4.1. Análisis de Contenido temática de los Grupos de Discusión.

En este apartado serán presentados los principales temas emergentes a través del discurso de los participantes, para así entender el nivel de atención que los grupos dieron a estos temas y verificar los contenidos debatidos en las sesiones con el objetivo de observar las similitudes y divergencias entre los grupos de discusión.

El cuadro a seguir ilustra los principales temas discutidos, lo que posibilita la visualización del panorama general del fenómeno, de acuerdo con el protagonismo de los participantes, que resaltan y mantienen la relación directa y cotidiana con la población interés del estudio. Ver cuadro a seguir:

Cuadro 1: Temas emergentes en los Grupos de Discusión

G1 - ONG's Multicetoreales (5 participantes)	G2 - ONG's Inmigración (3 participantes)	G3 - ONG's VIH/Sida (4 participantes)
<ul style="list-style-type: none"> •Inmigración y crisis •Inmigración Acelerada •Feminización de la inmigración • Medios de comunicación y prejuicio •Rechazo a los inmigrantes •Estereotipos •Legislación ineficiente •Problemas legales y burocráticos •Inmigrantes Necesarios •Vulnerabilidad Social •Desprotección y desarraigo •Falta de estudios e información •Enfermedades psicológicas •Invisibilidad social •Dificultad de acceso al sistema sanitario •Mitos sobre el abuso de la sanidad •Profesionales sanitarios despreparados para demanda •Miedo de la expulsión •VIH y Rechazo •Diferencias culturales en la prevención •Diferencias culturales el afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> •Inmigración y crisis •Inmigración variada •Medios de comunicación y prejuicio •Rechazo a los inmigrantes •Estereotipos •Legislación ineficiente •Problemas legales y burocráticos •Utilización política del fenómeno •Mala gestión de datos estadísticos •Vulnerabilidad Social •Bajas condiciones de vida •Explotación laboral •Falta de estudios e información •Suceptibilidad emocional •Formación de "güetos" •Mitos sobre el abuso de la sanidad •Miedo de la expulsión •VIH/Sida y irregularidad •Religión y prevención •Vulnerabilidad situacional al VIH •Diferencias culturales en el nivel de información 	<ul style="list-style-type: none"> •Inmigración y crisis •Feminización de la inmigración •Rechazo a los inmigrantes •Inmigración y Prostitución •Problemas legales y burocráticos •Atracción países ricos •Vulnerabilidad Social •Desprotección y desarraigo •Bajas condiciones de vida • Explotación laboral •Bajas condiciones de Trabajo •Dificultad de acceso al sistema sanitario •Miedo de la expulsión •Diagnóstico al VIH y Negación •VIH y Muerte •Miedo al deterioro •Soledad •Enfermedades psicológicas •Diferencias Culturales en el Afrontamiento •Diferencias culturales en el nivel de información

De acuerdo con lo expuesto se observa una pluralidad de conceptos y elementos asociados al fenómeno de la inmigración de una forma general, como también a la exposición de este colectivo al VIH/Sida.

Con relación al tema de la inmigración, se verifica que consensualmente este es un fenómeno de grandes dimensiones y que particularmente en España se ha desarrollado de manera muy acelerada, que comporta personas de los más variados orígenes geográficos y étnicos, lo que añade todavía más complejidad al cuadro, produciendo variados retos y fuertes transformaciones sociales. También es importante subrayar que la actual crisis económica mundial, que ha afectado fuertemente a España en los últimos dos años, ha producido efectos devastadores en el colectivo de inmigrantes, afectándoles en el plan laboral, legislativo, económico y sobre todo social, agudizando sentimientos de rechazo, reforzando estereotipos y creando prejuicios que afectan a ciertos grupos de inmigrantes, que por cuestiones muy diversas, son más susceptibles a este tipo de actitudes.

También se observa de manera consensual en los tres grupos que la actual legislación española de extranjería, que de acuerdo con los discursos, se encuentra centrada en el tema laboral y endurece las leyes contra aquellos que no están regularizados, no atiende a las necesidades de adaptación social que el fenómeno exige, sino que produce aún más problemas, pues expone esta población a una total desprotección jurídica, dejándoles más vulnerables

a la explotación, a la marginación y a condiciones insalubres de vida. Siguiendo esta línea de pensamiento, si la legislación dificulta la regularización, el número de inmigrantes irregulares tiende a aumentar. Esta situación expone a estos individuos a innumerables problemas burocráticos que, de acuerdo con ambos grupos, pueden dificultar el acceso a servicios esenciales como el empadronamiento, la tarjeta sanitaria, la seguridad social, protección policial, el mercado laboral y la inserción social, sea por barreras legales o por miedos, muchas veces pero no totalmente infundados, de prisión y extradición a su país de origen. Hay que considerar que actualmente, según esta ley, estar irregular significa un delito que puede ser penado con hasta 90 días de prisión. Las barreras culturales y el idioma también pueden dificultar el acercamiento de ciertos inmigrantes a las instituciones y servicios comunitarios en general.

Los grupos también resaltaron la vulnerabilidad social a la cual están sometidas las personas en situación de irregularidad, sobre todo los colectivos de inmigrantes provenientes de regiones más pobres como África, Latinoamérica y Europa del Este, que se encuentran en total situación de desprotección, recurriendo muchas veces a la economía sumergida y a trabajos como la prostitución, que les expone todavía más a la marginación.

Todavía mirando el tema de la inmigración de una manera general, pero considerando las divergencias, se observa que el G1 y el G3 resaltan la

feminización de la inmigración, principalmente por la llegada de mujeres de Latinoamérica y Europa del Este, ya el G2 puso más énfasis en las reagrupaciones familiares y la llegada de hijos y familiares. El G1 debatió enfáticamente el tema de la necesidad de mano de obra de los inmigrantes, incluso los irregulares, para el mantenimiento de ciertos sectores de la economía y servicios, sectores que hace muy poco no interesaba a los ciudadanos autóctonos por la características de las tareas ejecutadas, sin embargo, con el cambio en la realidad económica actual, estos inmigrantes ya no consiguen ocupar tampoco estas funciones.

El G2 apuntó en la necesidad de políticas más justas con el objetivo de prevenir conflictos que pueden surgir como consecuencia de los problemas socioeconómicos, como aumento de la delincuencia, violencia urbana, etc. En contraste, el G3 ha enfatizado el desarraigo afectivo y el sufrimiento que el proceso de inmigración puede causar, debido a las malas condiciones de vida y de trabajo en que se encuentran estas personas cuando llegan al país, que desde luego ejercía tanta atracción a través de la posibilidad de una vida mejor, pero que en realidad presenta unas condiciones muy diferentes.

Pasando ahora al ámbito sanitario, todos los grupos observan que el miedo de la expulsión y a falta de desinformación y desconocimiento de las leyes dificultan el acceso de muchos inmigrantes al sistema sanitario público.

Los problemas emocionales y psicológicos como consecuencia del desarraigo afectivo y de las dificultades encontradas en el contexto de la inmigración también fueron evidenciados de manera consensual.

Ahora pensando específicamente en la cuestión del VIH/Sida en este colectivo, fue consensual para los tres grupos que las diferencias culturales, de acuerdo con los participantes, también es un factor que puede facilitar la exposición de ciertos colectivos al virus VIH, pues ciertas creencias religiosas y hábitos culturales dificultan la prevención, control y tratamiento de la enfermedad.

De acuerdo con los participantes el afrontamiento de la enfermedad es diferente para cada cultura, quedando evidenciado el proceso de negación que muchos de los inmigrantes manifiestan mediante el diagnóstico de la enfermedad. Dependiendo del origen de la persona también se pueden observar diferencias en el nivel de información sobre la enfermedad y su prevención, estando el conocimiento sobre la enfermedad, de acuerdo principalmente con la opinión de los participantes del G2, relacionado con el nivel educacional de estas personas. Este grupo también se refirió a una vulnerabilidad situacional, es decir la exposición al virus dependiente del nivel de información y de las prácticas de riesgo de cada uno, el mismo grupo también resalta que para ciertas religiones la comprensión adecuada del problema y su prevención es más problemática.

El G1 resalta el miedo al rechazo como un aspecto que problematiza todavía más el afrontamiento de la enfermedad en la situación de inmigración, considerando la seropositividad como un factor que dificulta todavía más la integración social y laboral de estas personas. Ya el G3 menciona la relación que ciertas culturas todavía hacen entre el VIH y la muerte, es decir el VIH/Sida mata y también causa el aislamiento social de los individuos, pues para ciertos colectivos ser seropositivo es una sentencia de muerte y la certeza del rechazo por los propios miembros de su grupo social. Todavía aún de acuerdo con el G3, la soledad y el miedo al deterioro físico son factores que estigmatizan las personas seropositivas y pueden dificultar la aceptación de la enfermedad y consecuentemente su tratamiento, lo que puede facilitar el desarrollo del Sida y consecuentemente la exposición de más individuos al virus, principalmente si estos inmigrantes suelen mantener relaciones con personas de sus propios “güetos” sociales.

4.2 Análisis de Discurso de los Grupos de Discusión

Para la descripción y análisis de los discursos de los actores sociales, obtenidos a través de los tres Grupos de Discusión, fueron elaboradas tres categorías y diez subcategorías empíricas, evidenciadas por fragmentos del discurso, agrupadas por su constitución temática y de acuerdo con el nivel de elaboración simbólica, sendo estas nombradas en función de sus características más sobresalientes. Las categorías son las siguientes: representaciones sociales de la inmigración, factores de vulnerabilidad, perfil del VIH/Sida en inmigrantes y el afrontamiento de la seropositividad.

Se observó una pluralidad de conceptos y elementos asociados a las dimensiones conceptual, descriptiva, actitudinal, emocional, psicosocial, laboral, sanitaria, legislativa, y cultural. Se percibe que el discurso de los participantes está anclado en estos núcleos paradigmáticos del conocimiento en el intento de explicar los diversos aspectos y variadas relaciones existentes y establecidas en el fenómeno. Este proceso de significación y explicación de la realidad social es la propia construcción del fenómeno a través de las experiencias y del protagonismo de los actores sociales (Spink, 2004). Aquí, cada individuo es un pensador amateur y un emisor de opiniones y de puntos de vista basados en las conversaciones diarias y todos tienen los mismos derechos de crear y de transmitir representaciones sociales (Moscovici, 1981).

A continuación se presentan para una mejor visualización las categorías y subcategorías elaboradas.

Cuadro 2: Categorías y subcategorías de los discursos

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
R.S. de La Inmigración	<p>Concepción de La Inmigración</p> <p>Imagen y Descripción del Inmigrante</p> <p>Prejuicio y Rechazo a los Inmigrantes</p> <p>Factores de Vulnerabilidad social</p>
Perfil del VIH/Sida en Inmigrantes	<p>Prostitución y Sida</p> <p>VIH/Sida y Muerte</p>
Afrontamiento de la Seropositividad	<p>Afrontamiento y Nivel de Información</p> <p>Limites Culturales (Diagnostico)</p> <p>Limites Culturales (Tratamiento)</p> <p>Problemas Psicosociales y Afectivos</p>

4.2.1. Representaciones Sociales de la Inmigración

En esta categoría recogemos las representaciones referidas a la inmigración como tal, es decir, se analizó qué se dice cuando se describe la inmigración y lo que se piensa sobre el tema en la actualidad. Los grupos cuando fueron cuestionados sobre la inmigración en España, contestaron a la pregunta a través de tres aspectos principales: la concepción de los procesos migratorios, la imagen del inmigrante y el prejuicio y rechazo sufrido por la población inmigrante.

4.2.1.1. Concepción de la Inmigración

Los participantes, de una manera general, describen la inmigración como un proceso complejo y problemático que todavía se presenta como algo que no fue completamente asimilado por la sociedad. La concepción del fenómeno asocia la inmigración de una manera general a la búsqueda de mejores condiciones de vida, de modo que el concepto de inmigración está relacionado a la necesidad de cambios y adaptación a la sociedad de acogida por parte de estos colectivos. Llama la atención también la constatación hecha entre el fenómeno y la crisis económica vivida en estos últimos años.

La crisis es citada como un elemento que agudiza todavía más las dificultades y problemas vividos por los colectivos inmigrantes de una manera general.

Ha ido cambiando todos estos años pero la población inmigrante esta pasando francamente mal en este país y ahora. Dicen que un país tiene la cantidad de inmigrantes que necesita, ¿no? Hace unos años con el boom de la construcción pues se aceptó perfectamente un gran número de inmigrantes, mano de obra barata, se habla de la nueva forma de esclavitud, ¿no? Los trabajos más pesados, los menos remunerados pues se los daban a los inmigrantes. Ahora en crisis entonces son los inmigrantes que se vuelven sin trabajo, regresando a sus países en condiciones todavía peores que ... por que tienen unas condiciones de vida bastante penosas. (G 3; Mujer)

La falsa crisis, porque entiendo que es una crisis que segundo vamos viendo no genera cambio, con lo cual no sé yo esto hasta que se va a mantener, no obstante la realidad es dura para la gente inmigrante, es dura y ahora más acentuada porque es el último eslabón de la cadena social y un poco como yo ya contaba la gente que trabajamos con ellos cada vez tienen más dificultades y a la vez tenemos de alguna manera que ir confrontando la realidad de ellos con la de la sociedad en la que viven y luego pues ir constantemente luchando hasta donde se puede llegar. (G 1; Mujer)

Estos ejemplos resaltan las principales ideas expresadas en el discurso de los participantes, cuando son cuestionados sobre el tema de la inmigración en España, o sea, que el fenómeno de la inmigración han sufrido cambios desde su comienzo y, sin embargo, estos cambios estuvieron relacionados principalmente en factores económicos como el “boom” de la construcción y la crisis económica actual. Estas afirmaciones describen la fuerte demanda de trabajo ofertada en el período de gran actividad económica

como causa de la fuerte atracción ejercida en la población inmigrante de una manera general, pero que contrasta con la realidad económica actual considerado como el principal factor de rechazo.

Este escenario paradójico es considerado, de acuerdo con los discursos, el núcleo de la problemática actual del fenómeno y expresa el nivel consensual de estas representaciones. El universo consensual, que según Abric (1998) compone el núcleo central de las representaciones sociales, puede ser observado fácilmente en las conversaciones diarias, estando tales personas próximas o no del problema en su vida cotidiana. El campo consensual de las representaciones sociales en las palabras de Moscovici (2003) “es el local donde todos quieren sentirse en casa salvo de cualquier riesgo o conflicto. Todo lo que se dice o se hace allí apenas confirma las creencias y las interpretaciones adquiridas, corrobora más que contradice a la tradición” (p.54). Estos aspectos componen una parte muy importante de las representaciones sobre la inmigración en este grupo y ejercen influencia directa en el desarrollo de los demás elementos periféricos que componen estas representaciones.

Todavía en el plan de los aspectos consensuales, se pudo observar que los participantes también comparten la imagen de los inmigrantes como personas que viven en difíciles condiciones de vida y desprotección laboral. También se pudo observar la idea de un progresivo empeoramiento de estas

condiciones de vida y trabajo relacionados a la legislación de inmigración empleada a lo largos de los últimos diez años en España.

Yo creo que la inmigración es muy compleja. Desde hace diez años, pues igual de complejas han sido las cuatro modificaciones de leéis de extranjería, la última, la de ahora es decir, hay una especie de parcheo constantemente ante un fenómeno desconocido, sí que es verdad lo que dice ella podíamos haber aprendido de modelos europeos, del modelo francés, el alemán podíamos haber aprendido. Yo creo que hemos copiado lo más peyorativo de cada uno de estos modelos y hemos adaptado a legislación española, con lo cual a nivel social yo creo, que en eso coincidimos todas, que no se le hace un flaco favor al inmigrante, de momento se le tienen bastante desconfianza ante lo nuevo, no si quiere de alguna manera acercar a lo que sería desconocido y luego por la situación que estamos padeciendo (crisis), pues ahora está mucho más agravada la cosa. (G1; Mujer).

Dos aspectos principales de la legislación sobre inmigración fueron apuntados como factores de empeoramiento de las condiciones de vida y trabajo del inmigrante. Primeramente el hecho de que las concesiones de residencia son condicionadas a los contratos de trabajo y en segundo, la criminalización de las personas en situación de ilegalidad.

El primero aspecto añade una paradoja que imposibilita las acciones del inmigrante en su intento de regularizarse, una vez que para conseguir contratos de trabajo se les exigen los papeles, a la vez que para conseguir los papeles se les exigen un contrato de trabajo, quedando así el inmigrante atrapado en una situación sin solución que les empuja a la economía sumergida y a trabajos mal vistos por la sociedad en general. El otro aspecto vulnerabiliza más aún el colectivo, pues considera un crimen ser extranjero y estar irregular en el país, pudiendo el individuo ser detenido por hasta 90 días

antes de su expulsión. Las afirmaciones de los participantes ponen el sistema legislativo en el punto de partida de una cadena de acontecimientos que culminan en la realidad de vulnerabilidad actual del inmigrante en España.

La gente trabajaba ahora se han quedado sin trabajo y se vienen a despedirse muchísimos pacientes porque se marchan, y los hombres todos en el paro y las mujeres trabajando y llevando la familia aquí porque han hecho reagrupación, los que han podido. Personas que antes mandaban dinero para allá, que tienen hijos españoles ahora se están marchando de vuelta a sus países, (G 3; Mujer).

Otros elementos también influyen en la concepción que estos grupos tienen de la inmigración en España, elementos más periféricos compuestos por las descripciones de cómo el fenómeno se ha desarrollado hasta la actualidad, con la llegada de muchos latinoamericanos en el inicio de los años 90 sobre todo de Ecuador, Bolivia y Colombia seguidos posteriormente de otras nacionalidades. El año 2000 y los siguientes se han caracterizado por la llegada masiva de personas de Europa del Este y de África subsahariana, muchos de los primeros aprovechando la integración de sus países a la Unión Europea y los africanos huyendo de la dura realidad de sus países de origen, siendo muchos de ellos refugiados de guerras.

4.2.1.2. Imagen y descripción del Inmigrante

El panorama general de la inmigración presentado por los participantes del estudio describe una población inmigrante mayoritariamente joven, activa y con fuerte potencial laboral, pero que también es más vulnerable a los problemas socioeconómicos y a los estereotipos sociales. Es importante subrayar que el término inmigrante está directamente asociado a la imagen del inmigrante económico, de la persona que viene de regiones menos desarrolladas en busca de trabajo y mejores condiciones de vida, lo que sin embargo no refleja la compleja cadena de motivaciones que pueden influir a la decisión de inmigrar.

La mayoría de la inmigración que conocemos es de gente joven que viene a trabajar y luego se van cuando no hay trabajo, porque se quedarían más años porque tienen todavía sus objetivos a cumplir, (G 1, Mujer).

En la población latinoamericana vemos una población en edad laboral que han inmigrado, gente trabajadora que viajan solos, circulan y luego hacen la reagrupación (G 2; Hombre).

La feminización de la inmigración fue un tema muy consensual entre los participantes de las discusiones y corrobora con investigaciones que apuntan el aumento de la inmigración femenina en España, impulsado por la demanda de trabajos en actividades domésticas, por actividades relacionadas al sexo y por las reagrupaciones familiares, como se ha recogido en Domingo y Gil (2007).

Según Llorente y Pérez (2010) más que resaltar el aumento de la inmigración femenina, también discuten su importancia para el Estado de Bienestar Social, pues las características de las tareas ejecutadas por estas mujeres, como el cuidado a los niños y personas mayores, como también, las actividades del hogar son consideradas fundamentales para el mantenimiento del Estado de Bienestar, no solo porque son labores de cuidado y atención afectiva, sino también por el mercado de trabajo que se ha consolidado y demanda personas para las funciones. Se puede observar en los ejemplos abajo recogidos, como los participantes abordaron la cuestión.

Lo he visto mucho ahora la feminización de la inmigración, cuando yo empecé a percibirlo trabajando en la ONG yo alucinaba, empecé a ver mujeres latino americanas que venían. Yo creo efectivamente ahora hay un gran colectivo de mujeres, cada una en una cosa, por ejemplo: la sudamericanas trabajan en la casa, domésticos, hay prostitución también. Las africanas están en la prostitución la mayoría. (G 1; Mujer).

En general pues son mujeres que han venido aquí a trabajar, tienen casi toda su familia allí y lo que sí que yo he visto es que cuando van trabajando, van consiguiendo dinero lo que van intentando es traerse a su familia aquí. Se van trayendo a su familia, lo general quieren estar aquí un tiempo conseguir dinero y luego volverse a su país. Y en general son mujeres de 30 a 40 años que trabajan como asistentas del hogar, cuidando a ancianos, a niños o haciendo tareas del hogar, (G 2; Hombre).

El tema de la prostitución es un aspecto muy importante en el diseño social de la inmigración femenina en España. Los trabajos relacionados al sexo mueven un fuerte mercado económico, sea de manera legalizada, o a través de las mafias de explotación, o por la propia actividad

autónoma, pero que sin duda sirve como factor de atracción para muchos extranjeros.

La prostitución de personas inmigrantes también puede ser una salida a la no adaptación al mercado laboral, que está cada vez más influido por el endurecimiento de la leyes de inmigración y por la desaceleración económica, lo que empuja a muchas mujeres inmigrantes al trabajo sexual como forma de sobrevivencia; sin embargo la fuerte demanda por el consumo de sexo y la posibilidad de mantenerse apartado del sistema laboral formal atraen todavía más a la población extranjera, sobre todo los colectivos con menos posibilidad de inserción al sistema legal, como los Africanos, por ejemplo.

Otra idea bastante relacionada con la imagen de los inmigrantes es la del trabajo temporal. Es decir los inmigrantes, en su mayoría, vendrían con la intención de trabajar una temporada, ahorrar algún dinero y luego regresar a su país de origen como se puede observar en el ejemplo siguiente:

Y en caso de los chicos trabajan de forma muy temporal que suelen quedarse aquí mucho... que vienen para una temporada pero que luego se alarga. Hay el caso de los chicos que no vienen con sus familias pero vienen con el propósito de quedar aquí medio año y luego vemos que ya están aquí hace dos, tres, cuatro trabajando siempre con la idea de ganar dinero y volver a su país (G 3, Hombre).

Mucha gente ha venido para quedarse una temporada trabajando, pero lo que pasa es que luego van quedando y muchos traen familiares, acaban haciendo la vida aquí, algunos hasta triunfan. Pero vamos no es como muchos piensan que solo vienen chupar, mucha gente ayuda a mover la economía, (G 2; Hombre).

También se puede inferir que la idea de transitoriedad en la inmigración está asociada a la imagen parasitaria del inmigrante, como aquél individuo que solo viene a chupar los recursos. Los actores sociales en esta investigación también expresaron otras imágenes y concepciones sobre las conductas de algunos grupos de inmigrantes, imágenes que según los mismos son ideas propagadas por la sociedad en general que no se sabe hasta que punto reproducen hechos concretos o solamente estereotipos, pero ayudan a dibujar el imaginario colectivo sobre los diversos grupos de inmigrantes que componen el ambiente social en el país.

Se ve mal la gente del este, la gente colombiana, boliviana (es que están todos ahí con la musiquita), dicen que son borrachos, que beben demasiado, que se gastan todo. Yo conozco gente y les echo la bronca, pues les digo que luego tenéis la fama que tenéis, pues sí que es cierto que les gusta beber, pero también conozco muchos españoles que les gustan beber. También hay mucha desconfianza hacia los rumanos, igual hay más desconfianza a esa gente (G1; Mujer).

La población inmigrante masculina que vemos, africanos pocos que... nigerianos y la mayoría tienen relación con chulos y tal. La mayoría tienen relación con la prostitución, son los que controlan el negocio, (G1; Mujer).

Un porcentaje mayor de la población masculina latinoamericana es de hombres que tienen sexo con hombres. No necesariamente trabajan en la prostitución ni mucho menos. Sí que prácticamente toda la población masculina que hemos visto, latino americana, sobre todo, Brasil y Colombia de transexuales sí que ejercen la prostitución, (G 3; Mujer).

Estas imágenes montan el panorama de los estereotipos sobre los grupos de inmigrantes mayoritarios en España. Pero es importante decir que los estereotipos son creencias que generalizan características específicas para todo el grupo y están en la base de aspectos más controvertidos e involucrados en las relaciones intergrupales, algunos de ellos bastante negativos (Tajfel y Forgas, 1981).

De acuerdo con estudio de Moya Morales y Puertas (2008), los estereotipos sobre ciertos grupos de inmigrantes tienen un efecto muy negativo en el proceso de integración social y sobre todo en la integración laboral de los mismos, porque acaban cerrando puertas y contribuyendo para la formación de guetos, causando una especie de profecía autocumplida (Merton, 1948), la confirmación de expectativas basadas en estereotipos. O sea, cuando se mantiene una firme creencia respecto a algo o alguien, se acaba corroborándola. En este sentido, ciertos grupos marginados acaban confirmando los estereotipos por necesidad de supervivencia o como consecuencia de la propia marginación social.

Otro punto evocado por los grupos fue la diferenciación entre inmigrantes y extranjeros. Según los discursos hay una diferencia entre las ideas desarrolladas, la idea de inmigrante, que suele referirse a inmigración proveniente de países más pobres con objetivos económicos, en contraste con la idea de extranjero (residente de otra nacionalidad), que caracteriza la

inmigración de países desarrollados mejor vistos y aceptados por la población autóctona.

... cuando se habla de inmigración siempre se mete todo mundo en el mismo paquete, porque hay inmigrantes que son extranjeros que vienen de Alemania, Europa de Norte, más vienen de Inglaterra, gente mayor, de 50 a 80 años, también son inmigrantes pero de estos se habla poco, claro, porque como no vienen buscarse la vida porque están en la fase de jubilación, les apartan no son inmigrantes, pero cuando se hace la suma ellos también entran, engordan más las estadísticas. Eran mayoritarios en su momento, (G 2; hombre).

Pero en realidad hay mucha inmigración de países nórdicos, Noruega, Suecia, Alemania y están todos en nuestra comunidad. Están en Denia, Alicante, Javia, Altea, son muchísimos vale y entonces solamente nos preocupa y molesta el otro tipo de población. La verdad realmente es que cuando se habla de inmigrantes, a estos no se los considera inmigrantes, se los considera extranjeros, residentes de otras nacionalidades, pero cuando hay que hacer el censo en los padrones municipales y contabilizar los gastos en sanidad estos entran como inmigrantes. (G 1; Mujer).

En este sentido se puede inferir que los problemas de integración y aceptación estarían más bien relacionados a factores económicos como la pobreza, pero sin dejar de considerar las influencias de cuestiones étnicas, culturales y históricas. Sin embargo, las semejanzas entre las culturas occidentales y desarrolladas, junto a la idea implícita de que estos grupos vienen a aportar riqueza facilitan su aceptación, en contraste con la visión negativa que se tienen de los inmigrantes económicos.

4.2.1.3. Prejuicio y Rechazo a los Inmigrantes

El prejuicio y rechazo a la población inmigrante también fueron considerados factores determinantes en la formación de las representaciones sociales de la inmigración. De acuerdo con los discursos los medios de comunicación expresan el pensamiento social, formando concepciones y corroborando creencias en su mayor parte negativa a cerca de estos colectivos.

La televisión y los medios de comunicación están haciendo muchísimo daño, porque cuando sacan noticias, siempre son dirigidas a los inmigrantes, nunca lo dirigen hacia gente española y pienso que hacen muy mal y pocos favores a la gente inmigrante. Provocan xenofobia, y crean mal ambiente en la sociedad en general (G 1; Mujer).

Demasiado, exageran. Esto es para llamar la atención de la sociedad para que se vuelvan contra los propios inmigrantes. Yo creo que la sociedad está influenciada. Conseguir que la gente se enfade y se vuelva contra los inmigrantes sí que es fácil, eso se nota mucho en los discursos políticos, basta que algún inmigrante haya hecho algo malo, todos dicen: los inmigrantes ha venido aquí a robarlo! El inmigrante viene aquí a quitarnos el trabajo (G 2; Hombre).

Ya no me acuerdo muy bien, pero me parecía de una atrocidad tremenda, de aquella serie que las inmigrantes copaban la salud publica porque eran las que se hacía mamografías y a las españolas se les caían las tetas y todas estas historias no. Me pulse a decir lo que lleva este hombre a decir semejante atrocidad en público y la respuesta es que lo dice porque hay gente que quiero oírlo y es verdad (G 1; Mujer).

Muñiz e Igartua, (2004) comprueban, através de un amplio analisis de contenido sobre las noticias de inmigrantes en la prensa española, cómo los medios de comunicación siguen estrategias discursivas tendentes a

establecer una “correlación ilusoria” entre inmigración y fenómenos negativos y contraproducentes para la sociedad. No en vano, la mayor parte de la información (46.7%) tiene un carácter negativo, y los temas principales que definen el relato de dichas noticias vienen constituidos por dificultades y/o problemas con respecto a la inmigración (52.4%). Dichas estrategias se manifiestan en una abierta *polarización* entre “nosotros” y “ellos”, que son cada vez más. Junto a ello, se observan diferencias en el tratamiento informativo de los inmigrantes en función de su origen étnico y/o geográfico. Así, los inmigrantes provenientes de África (marroquíes, magrebíes, subsaharianos, ó nigerianos) suelen ser presentados mayoritariamente dentro de noticias referidas al control de fronteras, detenciones por llegadas en pateras y expulsiones del país.

Frente a ellos, encontramos los que reciben un trato más favorable, como los pertenecientes a Latinoamérica. Éstos son presentados dentro de informaciones sobre avances en la integración y en las que se pide que se abran las “*puertas a los iberoamericanos*” por ser los agentes más eficaces de la cultura en español, así como porque tienen “*una cultura común*”.

Se comprueba cómo los medios de comunicación tienden a emplear predominantemente tres encuadres noticiosos para re-construir la información sobre inmigración: *atribución de responsabilidad, interés humano y conflicto*, datos coincidentes con los obtenidos en estudios anteriores (Semetko y

Valkenburg, 2000; Igartua et al., 2003).

El uso de este tipo de encuadres viene a indicar que, en general, las noticias enfocan la inmigración como un problema, del cual alguien es responsable y que, además, alguna institución ha de solucionar. Galán Fajardo (2006) corrobora estos datos en una investigación sobre la imagen de la inmigración en las series de ficción de la televisión española.

Sin embargo el discurso político, según la opinión de los participantes del estudio, también parecer estar influenciado por esta visión de la inmigración y acaba generando medidas, que según se observa en el ejemplo de abajo, acaba cayendo en el populismo electoral.

Es que estoy completamente de acuerdo, es una rueda... el político lo dice porque la gente quiere oírlo porque realmente la gente piensa eso, lo que dice ella por ejemplo, yo conozco muchísima gente que tiene esa opinión de aquí viene el inmigrante, viene a trabajar, luego si quedan sin trabajo cobrando el paro, que nos quitan los puestos de trabajo. Ah, eso es otra, luego quieren que se les paguen el retorno. El ambiente es eso, cuanto más crisis hay más hay rechazo, (G1; Mujer)

Por fin, se llama la atención en la necesidad de prevenir el rechazo social para que no ocurran futuros conflictos entre grupos sociales y étnicos, como existen en otros países y culturas, considerando que el prejuicio es una fuente de importante tensión social porque produce aislamiento y injusticia social.

Yo creo que el mercado de trabajo hacia la inmigración debe tener un equilibrio para prevenir lo que puede pasar mañana. Eso ha pasado en Francia hace dos años, los inmigrantes y hijos de inmigrantes que han nacido en Francia se levantaron, en París esto era horrible. Yo creo que España debía ver eso como una lección, como mensaje porque la segunda generación, de aquí a diez años más, y son Españoles. ¿Qué va a pasar con ellos si hay una crisis? ¿No tendrán derecho a buscarse un empleo? ¿Un buen puesto de trabajo? Porque no? (G 2; hombre)

4.2.1.4. Factores de Vulnerabilidad Social en Inmigrantes

La población inmigrante, con una cultura diferente, unas condiciones de vida peores que las de aquí, unas condiciones tanto económicas y de salubridades y etc malas, pues una población muy vulnerable, mucho más vulnerable para cualquier cosa, por ejemplo al tema del VIH. Si al tema de la inmigración encima se le añade la condición de mujer es más vulnerable todavía, (G 3; mujer).

En este apartado añadimos el aspecto de la vulnerabilidad social en los colectivos inmigrantes. El argumento principal planteado aquí se refiere al hecho de que muchos colectivos, por las malas condiciones de vida y trabajo acaban quedando más vulnerables a un gran número de problemas sociales que pasan por la dimensiones laboral, sanitaria, psicosocial y legislativa.

En las palabras de Bueno Abad (2010) “la “Vulnerabilidad” es reconocida como aquellas situaciones que determinan la capacidad y la vivencia de la integración, supone que las personas se enfrentan a elementos de inseguridad, indefensión o exposición al riesgo. Cuando la vulnerabilidad se amplía y profundiza en situaciones de carácter estructural, en situaciones

de carácter multidimensional y cuando se vive como un proceso vital de pérdidas, de aislamiento y de rupturas de relación y nexos de apoyo es cuando se llega a las situaciones de exclusion” (p. 7).

Específicamente en este estudio, se verificó unos factores que están involucrados en el proceso de vulnerabilidad de los colectivos inmigrantes en España. Estos factores serán presentados en orden de relevancia según el nivel de atención dado por el discurso de los actores sociales en el estudio. Primeramente fue evidenciada la gran inseguridad y desprotección laboral vivida por los inmigrantes en la actualidad como se puede observar en los fragmentos del discurso.

Así, por supuesto les crea una inseguridad porque no saben con lo que les van a encontrar el día de mañana. Además que por el hecho de ser inmigrantes y muchas veces uno no tiene papeles, (...) se aprovechan de su situación de inmigrante, además por el hecho de no tener papeles no tienen una seguridad social a la que puedan cotizar y en esto sentido están muy desprotegidos, (G 3; Mujer).

Si el inmigrante está aquí sin papeles es mano de obra más barata, pero es que ahora ni para eso hay trabajo, pero vamos es muchísimo más barato, si oímos los sueldos madre mía dan pena, bueno mujeres que están internas por 300 euros... internas en un asilo cuidando de abuelos que no tienen ni un día libre a la semana por 300 euros. Y lo de la naranja no tiene nombre, es una atrocidad impresionante, aparte les hacen pagar por el transporte 50 euros la semana para llevar en la furgoneta cada uno. Muchos se les pagan diez euros al día (...) están a lo mejor trece horas trabajando, (G 1; Mujer).

Hay mafias de sus propios países que se dedican a controlar los que trabajan y los que no trabajan, los que pagan más a los mafiosos trabajan y los que no pagan más no trabajan. Son grupos organizados que se dedican a sacar dinero del pobre inmigrante, que median el proceso laboral. Se lo dejan los permisos, te lo dejo para que vayas trabajar algunos días, que saques algo de dinero y después se lo dejo a otro (G 2; hombre).

La desprotección expone a los inmigrantes a una serie de problemas como la inseguridad en el mercado de trabajo y la explotación laboral en todos sus niveles. Sin embargo, la clandestinidad expone al inmigrante a una total desprotección, pues aparta al individuo de cualquier apoyo formal que pueda garantizar su integridad y sus derechos como ciudadano.

Desde la perspectiva de Castel (1995), el estudio corrobora que las situaciones de vulnerabilidad en los inmigrantes también se pueden reconocer desde su posible presencia en alguna de las cuatro zonas de: integración, precariedad, asistencia, exclusión.

En el que se refiere a atención sanitaria se percibe que los inmigrantes tienen algunos problemas añadidos a su relación con el sistema de salud, sea por la falta de información, por problemas de integración, por cuestiones culturales muy variadas o por falta de adaptación del sistema y de sus profesionales y la gran pluralidad cultural que impone la inmigración, como se puede observar en el discurso.

Pues mira, estamos hablando de las personas que no tienen la tarjeta sanitaria que están más alejadas. Pero las personas que están más integradas que tienen tarjeta sanitaria también tienen mucho más dificultades. La atención primaria tiene mucha demanda de trabajo en pocos minutos por paciente, si no es uno de aquí, si es uno extranjero ahí se añade la dificultad del idioma y muchas veces no solo el idioma, pero los temas culturales. Posiblemente los latinoamericanos no hay diferencias y claro conceptos muy distintos. El tema del tiempo, el tema de no perder el día de trabajo para no acudir al médico y el tema de la diferencia, de las barreras culturales y idiomáticas. Siempre es más complicado. Y no siempre el profesional tiene esa paciencia o esa motivación para también hacer caso al paciente inmigrante. Hay que formar también los profesionales eh (G 3: Mujer).

Considerando ahora en nivel de la precariedad como uno de los tópicos que forman el panorama de la vulnerabilidad social, se puede dar el ejemplo de las insalubres condiciones de vida a las que muchos grupos están sometidos. Un ejemplo de esta precariedad fue discutido por los grupos, mediante el concepto de cama caliente.

Entonces vienen las personas jóvenes y con ganas de trabajar, pero aquí en las condiciones de vida que se someten es cuando desarrollan la enfermedad. No tienen condiciones de vida higiénicas, si una casa está pensada o habitada para una familia de cuatro y viven cuatro familias distintas y a veces... El concepto de las camas calientes yo lo sé perfectamente, se levantan números... pues hay tantos en una casa que cada uno tiene horarios laborales distintos, el que trabaja de día, cuando se levanta uno de día para trabajar regresa el que ha trabajado por la noche y duerme en la misma cama, por eso se llama el concepto de camas calientes. La cama siempre está ocupada (G 3; Mujer).

La falta de información también fue considerada de forma consensual por los grupos como un factor que vulnerabiliza y fragiliza la relación de muchos inmigrantes con los sistemas formales de atención en todos los niveles, sin embargo la falta de información en el ámbito sanitario fue el factor más evocado por los participantes, como se puede observar en la cita siguiente:

que a merced del sistema sanitario como van muchísimo más perdidos es mucho más difícil incluso ellos mismos que se lleguen a orientar, porque ellos no saben que para ir a una cosa, por ejemplo para ir, hay diferentes tipos de especialistas, el médico de cabecera, que tienes que ir cada uno a un sitio, entonces ellos entran mucho más perdidos y también muchas

veces del sistema sanitario no se realiza una aclaración al inmigrante que llega nuevo y, como que se condena a esa situación, se sigue potenciando por que muchas veces el propio profesional no hace el esfuerzo de explicarle al inmigrante que el sistema es así, que tienen todos estos pasos y que tienen que hacer esto, (G 2; hombre).

La precariedad en las condiciones de vida, las dificultades de integración y la falta de asistencia, cuando están aliadas a las cuestiones de carácter individual, como el perfil psicológico de los individuos, pueden generar situaciones propensas al desarrollo de crisis en todos los niveles. La situación de inmigración, con toda la problemática que engloba, puede ser un terreno fértil para los problemas tanto de salud física como mental.

Es gente más pobre en unas condiciones malas, a veces viven en asilamiento, existe en medio de eso todo el tema de las camas calientes, las casas compartidas por habitación, las mafias de explotación laboral y sexual, etc, etc, etc (G 3; Mujer).

Es gente muy joven como ya habíamos dicho antes, los que menos salud demandan. Sí que es cierto que para mí deben vivir una situación de estrés muy aguda y eso puede agravar cualquier proceso de enfermedad. La gente que vemos de países del este tan alcoholizados perdidos, pero como tienen muy interiorizado que beber es algo natural, pues dificulta bastante empezar un proceso de intervención para tratar ese alcoholismo, yo claro me estoy refiriendo a un colectivo específico, pues eso influye bastante a la hora de intervenir en otros colectivos como de africanos por ejemplo, (G1; Mujer).

En la hora de hablar de enfermedades por ejemplo yo intentaba pautar un poco la cuestión psicológica, porque la mayoría de las mujeres con quien yo trabajo tienen factores que alteran la psicología y entonces en algunos casos extremos pues eso se acentúa y la intervención es prácticamente nula porque no hay conexión desde mis parámetros sociales o psicológicos, como yo quiera llamarle, no son sus parámetros, por lo tanto tenemos serias dificultades de conexión (G 1, Mujer).

Como ejemplo del impacto de la inmigración en las condiciones psicológicas de una persona se puede citar el Síndrome de Ulises, también conocido como síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple, es un síndrome de naturaleza psicológica que se caracteriza por un estrés crónico que viene asociado a la problemática de los emigrantes al afincarse en una nueva residencia. El nombre viene variado del héroe mítico Ulises el cual, perdido durante muchísimos años (diez según Homero) en su camino de vuelta a Ítaca, añoraba su tierra de origen pero se veía imposibilitado de volver a ella.

Según su descubridor, el doctor Joseba Achótegui, psiquiatra del SAPPPIR y profesor titular de la Universidad de Barcelona, es una situación de estrés límite, con cuatro factores vinculantes: soledad, al no poder traer a su familia; sentimiento interno de fracaso, al no tener posibilidad de acceder al mercado laboral; sentimiento de miedo, por estar muchas veces vinculados a mafias; y sentimiento de lucha por sobrevivir. Se calcula que en España puede haber unas 800.000 personas afectadas por esta enfermedad (Achótegui, 2004).

La ilegalidad y los aspectos burocráticos también fueron evocados como factores que exponen los colectivos de inmigrantes a situaciones de

desarraigo que conllevan a la situación de exclusión social como consecuencia de la vulnerabilidad a que están sometidos estos grupos (Bueno Abad, 2010 y 2005).

Yo creo que en España siempre han relacionado la ley de extranjería con el mercado de trabajo. Es un error! Porque antes de ser trabajador es persona. (G 2; Hombre).

También lo que ocurre es que como muchos están en situación irregular no saben cómo funciona la burocracia en España. Muchos No llegan ni a empadronarse que es lo mínimo para... Bueno... mira lo de Vicky. Tienen unas leéis, unas prioridades... Lo que pasa es que en este pueblo, en Vicky, el alcalde quería, pero no ha conseguido, poner un decreto para no empadronar a nadie que no tenga trabajo... Con lo cual condenan esta persona, que no tiene trabajo, a no tener asistencia sanitaria ni los pocos derechos que podría tener (G 3; Mujer).

La desprotección legal asociada a la falta de información y a las creencias y ideas de persecución conllevan a una situación de aislamiento y apartamiento del inmigrante de los sistemas formales de atención, lo que les hace todavía más vulnerables a la explotación laboral y los problemas de salud.

En el caso de los chicos con los que yo trabajo ni quieren... si han hecho cursos para, desde la sede donde estoy yo, para informarles de cómo sacarse la tarjeta sanitaria, de cómo empadronarse, de cómo acudir al medico, de cuando tienen que ir al hospital y nos hemos quedados solos, o sea, no ha venido nadie al curso. O sea, no es así porque decían uno que tenían miedo a entrar dentro del sistema sanitario, porque no están regularizados, no sé a lo mejor que es, porque es un tema que les cuesta muchísimo... Porque piensan que entrando en el sistema sanitario van a tener más posibilidades de ser expulsados, de estar controlados como que no quieren permanecer en ninguna lista, o sea, del ayuntamiento, de seguridad social, no quieren aparecer en ningún listado porque no están ellos en condiciones piensan... También, es

que son personas que no tienen un trabajo, o sea, un campo que sea bien visto, por se dedicar al sexo con hombres y pagando... (G. 3: hombre).

También lo que ocurre es que como muchos están en situación irregular no saben cómo funciona el sistema de salud español. Y no saben, o sea, se piensan que cuando vayan a, cuando entren a un hospital les pueden detener, les pueden (G 1; Mujer).

Al hablar efectivamente de vulnerabilidad de la población inmigrante al VIH, son muchos los factores involucrados en el proceso. De acuerdo con López-Vélez et al. (2008) algunos aspectos son muy relevantes para la vulnerabilidad de los colectivos inmigrantes al VIH, ellos describen cuatro factores principales: “a) muchos de los inmigrantes que se desplazan hacia los países más adelantados proceden de zonas de alta prevalencia de VIH; b) estos inmigrantes pueden formar parte de círculos marginales en el país de acogida, encontrarse en situación de exclusión social y entrar así en la cadena epidemiológica del VIH; c) un porcentaje considerable de los que ejercen prostitución son extranjeros y, en ocasiones, en situaciones muy desfavorable (redes ilegales, máfias, etc); d) el nivel educativo de los inmigrantes, la información previa recibida sobre VIH/Sida y la dificultad posterior para acceder al sistema sanitario, incluso a los programas de prevención, son factores que aumentarían todavía más la vulnerabilidad de estas personas al virus” (p. 2).

Es cierto que todos estos factores fueron observados en el discurso de los actores sociales, como se puede observar en la secuencia de comentarios presentados :

Personas solas, que viajan solas y tienen sus contactos sexuales y luego está la inmigración sexual eso también aumenta bastante los riesgos. El hecho de estar solo en otro país, si tu auto-estima está más baja, en el sentido de que es un mundo que no conoces y eres más vulnerable a todo, también al VIH y te vendes más fácilmente por los afectos, (G 3; Mujer).

No es por la condición de inmigrante extranjero, pero por las condiciones que se lo han sometido. En población africana aparte del tema de la prostitución, también está el tema de los novios, a veces para pagar la deuda las mujeres africanas tienen hasta 3 novios y con ellos no usan preservativos nunca (G 1; Mujer).

El uso por supuesto de drogas estimulantes, el uso de drogas sintéticas, cocaína y tal, el alcohol que hace que uno no se controle, a lo mejor no te acuerdas ni de lo que has hecho o con quien lo has hecho, (G 2; Hombre).

... y más vulnerabilidad aún es la transexualidad. Estas personas están muy apartadas de una vida normalizada de una sociedad, de una vida social, laboral y muchas veces de la vida familiar, desde pequeñas han sido marginadas de la familia. En gran parte de los casos desde muy jovencitas se dedican a la prostitución para sobrevivir. Muchos clientes ofrecen mucho más dinero por no utilizar el preservativo y exigen a la hora a las transexuales el consumo de drogas, se juntan ahí muchísimas cosas que les hacen más vulnerables, (G 3; Mujer).

4.2.2. Perfil del VIH/Sida en Inmigrantes

En los últimos años las personas procedentes de otros países han aumentado hasta el 10% de la población residente en España, y en paralelo

también ha aumentado su proporción entre los diagnósticos de VIH. No obstante, los nuevos diagnósticos de VIH en personas de otros países que siempre estuvieron por debajo de la prevalencia en la población autóctona, pasan a llamar la atención actualmente debido a un gran crecimiento en los nuevos casos entre la población inmigrante.

Una parte de los diagnósticos de VIH en inmigrantes son infecciones importadas, adquiridas fuera de España, mientras que otras son adquiridas tras su llegada a España, debido a condiciones de mayor vulnerabilidad social y a dificultades en el acceso a los mensajes de prevención (López-Vélez et al, 2008 y Castilla et al, 2006).

Específicamente en esta categoría están mencionados los aspectos descritos por los participantes como los más relevantes para comprender el perfil de la epidemia de VIH en el contexto de la inmigración.

El primer punto se refiere a las relaciones de género: es cierto que las mujeres inmigrantes de una manera general se encuentran más vulnerables a la transmisión por una serie de factores que van desde cuestiones culturales, como el sometimiento de la mujer en algunas culturas, hasta el tipo de trabajo que desempeñan, como el caso de prostitución.

Entre los inmigrantes la mayoría de los casos de VIH en mujeres proviene de sus maridos que transmiten el virus... los Africanos, cuando saben, no se lo cuentan a sus mujeres... (G 3; Mujer).

Yo creo que el tema de género es lo más potente en tema del VIH eh, por el hecho de ser mujer, es mucho más fácil biológicamente infectarse por el virus VIH. A parte la capacidad de negociación no es la misma, sigue mandando el deseo del hombre (G 3; mujer).

En población inmigrante, en familias ha inmigrado el hombre o la mujer, que luego en sus viajes han tenido distintos contactos sexuales, mas o menos seguros, mas o menos inseguros, luego la mujer no se atreve a plantear el uso de preservativos porque implica una desconfianza por parte del hombre, la mujer tiene miedo a ser rechazada y tal. entonces la mujer es más vulnerable (G 1; Mujer).

4.2.2.1. Prostitución y VIH/Sida

De acuerdo con Castilla et al. (2006) España sigue los patrones de los países europeos que tienen un gran número de inmigrantes de origen africano, es decir tiene un aumento más acentuado de nuevos casos de VIH en personas que vienen de África Subsahariana. Estos datos corroboran las informaciones aportadas por los participantes del estudio, que apuntaron la población Africana, principalmente las mujeres como más sensibles a la exposición al virus actualmente.

Hay muchas africanas y latinas que trabajan en la prostitución, luego tienen las mafias y los chulos que controlan el negocio. Esas mujeres, talvez por el hecho de encima ser mujer pasen por situaciones que les exponen más a transmisión del virus, la mujer tiene muy poca capacidad de negociación en estos países, es mucho machismo. Es muy grande el numero de mujeres extranjeras que ejercen la prostitución que acuden a nuestros servicios (para hacer el tratamiento (G 3; Mujer).

Ocurre en la inmigración que mucha gente utiliza la prostitución como unos ingresos adicionales para poder seguir subsistiendo, muchos ya son seropositivos y otros acaban se contaminado a causa de esta doble vida (G3; Hombre).

Castilla et al. (2006) también resaltan un gran número de nuevos diagnósticos en población masculina latinoamericana, sobre todo en los colectivos que trabajan con el tema de la prostitución como los “chaperos” y las transexuales que transitan por los circuitos marginales de la sociedad. Beltrá y López-Vélez (2008) añaden que la prostitución, el uso de drogas, que muchas veces está insertado en este contexto y la marginación son factores que potencializan los riesgos de transmisión en el colectivo de inmigrantes. En los grupos fue consensual la idea de que los profesionales del sexo masculinos y los transexuales, en su mayoría latinoamericanos, son muy susceptibles a marginación social y sin embargo a la infección por VIH.

Nosotros trabajamos más con chicos, son todos varones que ejercen la prostitución. La mayoría de la población a lo que nos dedicamos es sudamericana. En el que es muy diferente, el caso de la prostitución con chicas que prostitución con chicos. La mayoría de los chicos vienen aquí por entrevistas que le hacemos por derivaciones para hacerse las pruebas, los talleres que hacemos con ellos sobre sexo seguro. Son gente que vienen a España queriendo se dedicar al tema de la prostitución. pueden recogerse tanto el país como Europa durante medio año, un año, incluso tienen programado. Suelen llegar a Madrid y de Madrid ya hacen lo que se llama hacer plaza y luego sí que ya van haciendo por todas las ciudades más grandes de España. Dependiendo si es verano se vienen a la costa, suelen pasar a Francia, van a París, van a Londres, Italia, van por ciudades europeas. Sufren muchos riesgos porque están siempre cambiando de sitio (G 1; hombre).

El 37%, más de 37% de las transexuales que vemos son VIH positivo (Ostras! Eso Es bárbaro! Es brutal) Y la mayoría o todas se dedican a la prostitución. De las seropositivas que yo conozca creo que todas. Las que no son seropositivas pues ese porcentaje, bueno llevan otra vida (G 3; Mujer).

También es importante considerar que actualmente, de acuerdo con Bueno Abad y Barros (2010) y Bueno Abad y Vilches (2008) se observa un relajamiento en las prácticas de protección, sobre todo de los jóvenes, en los países donde hay el tratamiento antirretroviral consolidado. En este sentido se puede inferir que este efecto se produce también en el colectivo de inmigrantes, además muchos provienen de países que tienen tratamiento y programas de prevención, por supuesto, también comparten esta ilusoria sensación de seguridad. Los participantes del estudio también comentaron en varias ocasiones sobre este fenómeno e incluso enfatizaron que el control de los nuevos casos se debe más al tratamiento que a la prevención.

La gente joven también es más vulnerable. Primero yo creo porque no han conocido los años malos, malísimos de la alta morbilidad y mortalidad, no lo han conocido, en segundo porque la gente joven no percibe el riesgo como un adulto no lo perciben el igual, (G 3; Hombre).

4.2.2.2. VIH/Sida y Muerte

Otro aspecto evidenciado fue la representación que los inmigrantes tienen sobre el VIH/Sida y la relación de esta representación con las conductas de prevención y tratamiento de la enfermedad.

Es bastante significativa la relación entre la visión mortal de la enfermedad y la negación del problema y, consecuentemente, la no adherencia al tratamiento. O sea, los colectivos que todavía tienen la idea de muerte como principal elemento representativo de la enfermedad presentan unos padrones de comportamiento que dificultan el acercamiento al problema.

Las diferencias culturales impuestas principalmente por las creencias, sobre todo las religiosas y por las cuestiones de género también agudizan todavía más los problemas para actuar en estos colectivos. Se puede observar, a partir de los fragmentos del discurso que la negación del problema es consecuencia no solo de la desinformación y falta de conocimiento sobre el tema, pero también, de la idea de muerte y del miedo del rechazo social. En este sentido es imposible separar estas dimensiones, porque cada uno de estos factores se encuentra directamente relacionado al otro, formando, de esta manera, el panorama, que según los actores sociales de este estudio, representa el núcleo crítico de la relación de algunos colectivos de inmigrantes con el VIH/Sida.

Es que depende de la procedencia... Porque no viven igual un diagnóstico de infección por VIH... según el país de procedencia, según la cultura que tenga cada uno lo ve de formas distintas. En general una persona que tiene asumido cierto riesgo de infección por VIH y se ha planteado a meditar e ir a controles, asume mejor luego la situación de infección, pero personas de algunas poblaciones, que relacionan todavía la infección por VIH con la muerte, con la muerte física y con la muerte social, como son los países de África subsahariana, suelen llevar muy mal el tema (G 3, mujer).

... que dependiendo del país, los países del este también aún asocian Sida, VIH a la muerte y prefieren no saberlo, prefieren quedarlo escondido y no piensan que hay unos tratamientos, que es una enfermedad crónica y que te puedes cuidar, piensan en seguida en la muerte y prefieren no saber del diagnóstico. En caso de países de America Latina sí que, por la experiencia que tenemos nosotros en los talleres, o por la información que han tenido ellos en cada país, sí que tienen los conceptos mucho más claros, saben de lo que estamos hablando (G 3; Mujer).

A mí la situación más dramática me parece la de los países de África subsahariana, que aún que estén aquí tiempo siguen relacionando el VIH con la muerte. Pero también porque allí culturalmente ven como si has hecho algo malo, si tienes el VIH es por castigo divino (G 1; Mujer).

Barros, Alvarenga y Victorino (2007) en un estudio desarrollado con enfermos de Sida en Brasil, encontraron una fuerte relación entre la idea de muerte y castigo divino con el miedo al rechazo, negación de la enfermedad y no adherencia al tratamiento.

4.2.3. Afrontamiento de la seropositividad

“Es un proceso crónico, muy largo, hay tiempo para atravesar muchas etapas y hacer muchas cosas” (G 3; Mujer).

Esta categoría trata del tema de cómo los inmigrantes afrontan el VIH/Sida, es decir, como estas personas que están fuera de sus países, que proceden de las más diferentes culturas, que están buscando sobre todo mejores condiciones de vida y, como ya fue dicho anteriormente, se encuentran en plena actividad laboral, afrontan desde el diagnóstico hasta el tratamiento del VIH/Sida.

De acuerdo con Bueno Abad y Vilchez (2008) “aprender a convivir con el VIH requiere del manejo de una gran cantidad de aspectos que implican desde factores económicos, políticos, sociales, hasta factores de tipo individual, tanto biológico – como puede ser el grado de desarrollo de la infección - , como psicológicos, por ejemplo, las cualidades personales que facilitan la gestión de la infección, desde el optimismo, el control de la ansiedad, el aprendizaje de nuevos conocimientos e incorporación de nuevos hábitos, las habilidades de comunicación con el entorno para ajustarse a la nueva realidad, etc.” (p. 114).

Es importante decir que cuando se habla de afrontamiento, también hay que considerar los retos que enfrentan las personas que conviven con los infectados, sea la familia, la pareja, las amistades, o los profesionales que les atienden. En este sentido consideramos las informaciones obtenidas a partir de los profesionales como fuente de datos relevante para la comprensión de cómo se da el afrontamiento en el contexto de la inmigración.

4.2.3.1. Afrontamiento y Nivel de Información

En este apartado están categorizadas las opiniones que se refieren al nivel de información de los inmigrantes sobre la enfermedad y su tratamiento. Se observa que los colectivos de inmigrantes son muy variados y tienen

diferencias muy marcadas en los aspectos culturales, económicos, educacionales, profesionales, etc. De esta forma sería muy difícil intentar generalizar un modelo o padrón de afrontamiento, considerando la gran pluralidad de los colectivos. Así, en el caso específico del nivel de información, lo que se observa en los discursos de los profesionales, es que el mismo varía de acuerdo con la procedencia y el nivel cultural de los inmigrantes.

Hay una gran diferencia entre Latinoamérica y los otros sectores que trabajo yo que son países del este y subsaharianos, muchísima diferencia por eso por el nivel cultural, por las religiones, por todo, los que han venido de Sudamérica han tenido muchísima, algunos, muchísima información, muchos talleres, mucha información en el sistema educativo y vienen mas o menos con conceptos claros, (G 1; Mujer).

Yo creo que también depende del género. Por lo general las mujeres parecen tener un mayor conocimiento a cerca del VIH y de la transmisión, pero los hombres como que les daba un poco más igual y no sabían (G 3; Mujer)

Yo lo que veo en el mundo musulmán es que es muy difícil el, no se habla nada de sexo, nada, ni VIH, ni cualquier otras cosas, todo queda entre ellas, no se acercan a los servicios de salud por estos temas, se apañan entre ellas usando sus conocimientos y creencias, (G 3; Mujer).

Las mujeres aparecen como más informadas o dispuestas a hacer el tratamiento que los hombres, y los colectivos de Africanos y de religión musulmana como los menos informados y consecuentemente con más problemas de aceptación a la enfermedad. En el colectivo mulumán la negación de la enfermedad es la principal consecuencia de la no aceptación

del tema, que tiene raíces en los tabus religiosos, principalmente los vehiculados con la sexualidad.

4.2.3.2. Diferencias Culturales (Diagnóstico)

Las diferencias culturales que caracterizan los más variados colectivos de inmigrantes también se manifiestan en la forma de afrontar el diagnóstico de seropositividad, es cierto que las culturas que suelen tener más problemas a la hora de recibir el diagnóstico son las que asocian el VIH a la muerte, o las que son más influenciadas por los dogmas religiosos, como el caso de las culturas musulmanas, pues presentan alto nivel de desinformación, de negación al problema y de rechazo al tratamiento, como se puede observar en los ejemplos citados a continuación:

Las culturas que todavía asocian el VIH a la muerte suelen tener más problemas al recibir el diagnóstico... La religión también influye muchísimo, yo conozco gente musulmana que no creen ni en la enfermedad, pero vamos no lo tienen, ni se les plantea la posibilidad (G 3; Mujer).

También he conocido chicas africanas que les da pánico en hacerse la prueba, o sea, para ellas tener VIH es como lo que tu dices, como estar muerta tiene un miedo increíble, (G 1; Mujer).

Se hace relevante mencionar que para los profesionales muchas mujeres de estas culturas se encuentran en una dramática situación de vulnerabilidad a la infección porque no tienen casi ninguna capacidad de negociación con sus parejas, pero esta situación también se extiende a nivel del afrontamiento, pues muchas de ellas no tienen ni el derecho de conocer mejor su problema para poder tratarlo, por las condiciones de sometimiento que se les imponen.

Los hombres africanos no se lo suelen hacer las VIH, mandan a las chicas. Ellos no se lo hacen. Sin embargo, si la chica es seropositiva ellos desaparecen. La mayoría de las chicas seropositivas es porque se las ha transmitido sus parejas y siempre la responsabilidad es de la mujer. Si él mantiene la relación con esta mujer que lleva estos controles él se plantea muchas contradicciones, así que para mantener esta relación hay que alejarse, (G 3; Mujer).

4.2.3.3. Diferencias Culturales (Tratamiento)

La diversidad cultural también medía la forma como los inmigrantes conducen el tratamiento del VIH/Sida. De acuerdo con los discursos de los profesionales, las personas que tienen mayor nivel de información, que se plantean las posibilidades de infección, llevan mejor el tratamiento que aquellos que no conocen bien el problema y los riesgos involucrados a él.

Las personas procedentes de países del este temen lo de la salud y estoy hablando de consumidores de drogas inyectadas, pero pendientes de su salud, si llegan a iniciar un tratamiento de VIH o de Hepatitis C, son muy, muy perseverantes, muy constantes, muy adherentes aunque que estén muy deteriorados por el consumo de drogas. Luego la población africana intentan olvidar que son VIHs y hacen una negación completa, veo casos, bueno, dramáticos y muy curiosos (G3; Mujer).

A los latinos a veces les cuestan mucho acudir, retrasan, retrasan, pero una vez inician el tratamiento yo creo ya tienen mucho más adherencia (G 1; Hombre).

Otro punto relevante se refiere al hecho de que en algunas culturas el rechazo a las personas infectadas es muy fuerte debido a la correlación de la enfermedad a pensamientos míticos, basados en conocimientos no racionales de carácter muchas veces religioso. La manera de representar la sexualidad es diferente para diversas culturas, lo que convierte el tema en un asunto delicado y difícil de ser abordado.

Queda claro que el miedo del rechazo social hace que muchas personas nieguen el problema y no lleven adelante los tratamientos, lo que según los profesionales es muy común en las poblaciones Africanas.

Personas con VIH no acuden por el tratamiento, porque acudir por el tratamiento a ese centro es que identifiquen la gente de su grupo que es portadora y con lo cual serían marginadas, prefieren vivir lo que sea si el tratamiento que a reconocer eso. Pero también hay los que entienden luego esa diferencia saben que sí que aquí pueden mantener sus controles, y que ese tratamiento se va a cronificar y van a tener una vida pues de buena calidad y larga, (G 3; Mujer).

A mí la situación más dramática me parece la de los países de África subsahariana, que aún que estén aquí tiempo siguen relacionando el VIH con la muerte. Pero es que aparte en su lugar de origen existe lo que es la

muerte social, una persona que se sepa que es VIH le partan de la tribo, le apartan... es una marginación brutal... (G 3; Mujer).

Recurrir a tratamientos mágicos y no científicos para combatir el VIH/Sida es una característica que de acuerdo con Bueno Abad y Barros (2010) suele manifestarse en el afrontamiento de la seropositividad, sobre todo en culturas con fuerte influencia religiosa, que mantienen una relación más íntima con sus raíces folclóricas. Sin embargo, este tipo de actitud también parece ser una consecuencia de la no aceptación psicológica y de la incapacidad de asimilación completa del problema, de su significado y de la realidad concreta que él representa.

Africanos sí, esos si que a veces recurren a magias y encima creen en el vudu, no aceptan la infección se apartan y empiezan con sus asuntos mágicos, eliminan la infección y desaparecen de las unidades infecciosas de los hospitales, dejan de acudir, (G 3; Mujer).

Yo he atendido a gente latinoamericana con rollo religioso que piensan que como están indetectables y que además creen en Dios y tal, no cuentan nada a su pareja serodiscordante porque creen que no les van llegar a infectar (G 3; Mujer).

El tema de los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral también suele estar presente en la pauta del afrontamiento como se ha recogido en (Bueno Abad y Barros 2010; Bueno Abad y Madrigal Vilchez, 2008; Castanha, Coutinho y Saldanha, 2006). Este es un reto al que se tienen que enfrentar muchos de los pacientes y que, si no está bien administrado, también puede afectar la adherencia al tratamiento.

Hay efectos secundarios muy importantes, el que más preocupa a la persona seropositiva en tratamientos es la lipodistrofia, que consiste en un reparto anómalo de las grasas subcutáneas. Ahora los efectos son menores que cuando comenzó el tratamiento en 1996. Pero también hay otros efectos secundarios, puede producir insuficiencia renal y insuficiencia cardiaca (G 3; Hombre).

4.2.3.4. Problemas Psicoafectivos

“La sensación la comparo a veces como un pasillo lleno de puertas y de repente todas las puertas se cierran. Te encuentras solo en un pasillo largo in sin salidas (G 1; Mujer).

Con relación a los aspectos psicológicos y afectivos involucrados en el afrontamiento del VIH/Sida los grupos apuntaron de manera consensual dos factores principales: el desarraigo afectivo y el miedo. El primero es objetivado a través del sentimiento de soledad, típico de la condición de inmigrante, 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 inmigrante el sentimiento de soledad y desarraigo se puede desarrollar de forma más potente afectando la salud psicológica de las personas.

Muchas veces están aquí solos y si se enteran aquí de eso, se les hacen como mucho más cuesta arriba porque no tienen ningún apoyo, a lo mejor tienen amigos y tal, pero no es el mismo apoyo que es el que ellos sentirían que podrían tener en su país (G 1; Hombre).

Se te despiertan los miedos más increíblemente irracionales... Miedo, miedo, miedo ...que jamás hayas podido plantear en tu vida. Cosas surrealistas... Miedo a la enfermedad, miedo a la muerte, miedo al abandono, miedo a la responsabilidad hacia las otras personas... Miedo a los aspectos físico muchísimos (G 3; Mujer).

El miedo al deterioro físico y a la asociación de la persona a la imagen de la enfermedad también afecta mucho la convivencia con el problema, a pesar de todos los años de presencia social del VIH/Sida, el tema todavía genera muchos prejuicios y miedos, muchas veces irracionales, no solo en las personas infectadas pero también en la sociedad en general (Bueno Abad y Barros, 2010).

El rechazo a la persona seropositiva todavía está presente en los escenarios donde está la presencia del virus, incluso donde hay programas de prevención y tratamiento más avanzados, lo que justifica el temor de las personas que viven con el virus de ser relacionadas al VIH/Sida.

Paranoia a que todo mundo te va a ver en la cara, que te vas a quedar flaco en tres días, que te vas a morir en seguida. Se les dispara la mente, es como estado de choque o algo así (G 3; Mujer).

También es verdad que el diagnóstico del VIH/Sida causa un fuerte impacto en la vida de una persona, por la carga simbólica históricamente asociada a culpa y a grupos marginados de la sociedad y por las transformaciones que produce. Estas transformaciones afectan a la dimensión

física, a través de la salud, y a la dimensión identitaria del individuo, que inexorablemente tendrá que asimilar la condición de seropositivo, lo que no es nada fácil, considerando todo lo que eso puede significar en términos de planteamientos para el futuro. En este sentido, se puede inferir que en consecuencia a eso, algunos individuos puedan desarrollar o manifestar de manera más aguda ciertos problemas de naturaleza psicológica (Castanha, Coutinho y Saldanha, 2007).

Se agrava más el punto neurótico que uno tenga, o sea, si eres psicótico te pones más psicótico, si eres obsesivo te pones más obsesivo, si eres más depresivo entras más en depresión (G 3; Hombre).

4. 3. Análisis de las Entrevistas a Profesionales

Como resultado del proceso de análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a diferentes profesionales vinculados con la atención socio-sanitaria a la población inmigrante afectada por el VIH/Sida, hemos obtenido tres categorías y nueve subcategorías empíricas que agrupan las varias temáticas evocadas por los participantes del estudio y que reflejan, a través de sus diferentes perspectivas de actuación profesional, la complejidad del fenómeno y los variados factores relacionados en su afrontamiento.

Las categorías presentadas abordan diversas dimensiones de la problemática: desde los aspectos históricos que influyen en las poblaciones inmigrantes de distintas maneras, hasta los problemas que al día de hoy enfrentan estos colectivos respecto a la infección por VIH, su diagnóstico y tratamiento. Las diferentes concepciones del problema han estado asociadas a las trayectorias sociohistóricas que la enfermedad haya tenido en sus países de origen. Estas concepciones también han estado relacionadas a las condiciones propias de la inmigración que, como hemos podido comprobar, han estado muy afectadas por la crisis financiera mundial, de manera muy especial en España debido a las altas tasas de paro.

Desde luego se ha observado que el impacto de la crisis financiera en el Estado de Bienestar Social se ha reflejado claramente en el deterioro de

las condiciones de vida de los colectivos más vulnerables, como pueden ser los inmigrantes económicos, sobre todo los que tienen un menor nivel de formación y información, procedentes de regiones más pobres y menos desarrolladas del mundo.

Las categorías planteadas a partir de las entrevistas en profundidad son las siguientes:

1. *Inmigración, VIH/Sida y Crisis Económica*: esta categoría analiza de una manera general el fenómeno de la inmigración en España, su concepción, las imágenes y estereotipos a cerca de los inmigrantes y la forma como la crisis económica está afectando y dejando más vulnerables a estos colectivos en las circunstancias actuales.

2. *Perfil de VIH/Sida en Inmigrantes*: esta categoría recoge la perspectiva de los profesionales sobre los aspectos relacionados a las características de la población inmigrante afectada por el VIH/sida que acude a los servicios socio-sanitarios.

3. *Afrontamiento de la seropositividad en el Contexto de la Inmigración*: en esta categoría se abordan las reflexiones de los profesionales sobre el proceso vivenciado por los pacientes y los mecanismos que les permiten incorporar al VIH y su tratamiento en sus vidas cotidianas asumiéndolo como una infección crónica.

A continuación se presenta, para una mejor visualización, un cuadro con las categorías y subcategorías elaboradas.

Cuadro 3. Categorías y subcategorías de los discursos referentes a las entrevistas en profundidad

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Inmigración, VIH/Sida y Crisis Económica	Concepción del VIH/Sida en inmigrantes
	Imágenes y estereotipos a cerca de los inmigrantes
	Inmigración y Factores de Vulnerabilidad Social
Perfil de VIH/Sida en Inmigrantes	Perfil Socio-Cultural del VIH/Sida en Inmigrantes
	Origen y Vías de Transmisión
	Vulnerabilidad a la infección y exclusión social
Afrontamiento de la seropositividad en el Contexto de la Inmigración	Acceso al Sistema Sanitario
	Diagnóstico
	Tratamiento

4.3.1. Inmigración, VIH/Sida y Crisis Económica

En las dos últimas décadas España se ha convertido en un importante destino europeo para millones de inmigrantes venidos de diferentes regiones del planeta, en su gran mayoría, buscando mejores condiciones de vida y trabajo. Con la llegada masiva de estos inmigrantes también se han presentado diferentes para el conjunto de la sociedad, sobre todo en los ámbitos socio-cultural y económico.

En el ámbito sociocultural se pueden destacar los desafíos de adaptación e integración a la cultura de acogida a que se enfrentan los recién llegados, como también la dificultad en la formación de nuevos vínculos socio-afectivos. Otro aspecto importante, que no debe ser olvidado, es la adaptación de la población autóctona con la llegada muy rápida de personas de diferentes culturas y religiones, hecho que ha corroborado el surgimiento de concepciones racistas sobre el inmigrante. A nivel económico es importante destacar las condiciones de pobreza en que viven muchos inmigrantes, formando el más bajo eslabón de la cadena social y la dificultad de inserción al mercado laboral por varios factores que merecen ser discutidos más profundamente a continuación.

El rápido crecimiento económico evidenciado por España a partir de la década de los noventa fue el motor de atracción para los inmigrantes económicos, que de acuerdo con la mayor parte de los estudiosos del tema,

eran necesarios para el desarrollo del país. En los años de bonanza los trabajos de menor prestigio social no interesaban a gran parte de los españoles que podían elegir entre trabajos mejor remunerados y con tareas menos pesadas. Desde luego, los sectores de la construcción civil, agrario, hostelería y servicios domésticos absorbían esta mano de obra más barata y dispuesta a esos tipos de labores.

Con la crisis financiera mundial, iniciada en 2008 que perdura hasta la actualidad, se ha observado una fuerte disminución en los niveles de bienestar social que afecta especialmente a la población inmigrante masculina, que tenía gran parte de su fuerza de trabajo destinada al sector de la construcción, unos de los sectores más afectados en España por los efectos de la citada crisis, como podemos observar a continuación en el discurso de los profesionales.

Pero en realidad cuando vinieron aquí, es porque había mucho trabajo. Había construcción, porque se necesitaba gente para atender, para la limpieza, para los trabajos malos, para cuidar de los enfermos, de los niños, en el campo (...) En pocos años vinieron tres o cuatro millones, pues porque hacía falta para las autopistas, para el boom de la construcción (...) entonces estos con la crisis se quedaron sin trabajo, los de la construcción todos y las mujeres no tanto porque trabajan sobre todo con ancianos, en las casas y eso sigue. (Entrevista n°3; Médico)

El hecho de que los inmigrantes del sexo masculino estén sintiendo más el impacto de la crisis que las mujeres es un dato corroborado por varios

participantes de esta investigación. Este aspecto indica que el sector de servicios domésticos y de cuidados, mayoritariamente ocupado por mujeres, no se ha visto afectado de la misma manera que el sector de la construcción, sin embargo, es importante destacar, que muchos de los trabajos desempeñados por mujeres, en estos sectores, no son cotizados lo que repercute en explotación y bajos salarios.

Otro punto de convergencia entre los entrevistados es el hecho de que la población inmigrante siempre ha tenido un nivel de condición de vida inferior, al de la mayoría de la población autóctona como resultado de los bajos salarios, de los problemas de adaptación propios de la condición de inmigrante y del bajo nivel de formación que tienen muchas de estas personas. Estos son algunos de los factores que hacen estos colectivos menos competitivos para el mercado laboral.

De hecho viven en general en condiciones peores que nosotros, porque tienen un nivel medio de conocimiento más bajo y porque tienen muchos problemas añadidos, entonces claro, si además de eso tienen VIH (...) Los hombres trabajaban casi todos en la construcción, la mayoría! Hay muchos que trabajan en el campo, en cosas más o menos temporales, los sueldos que les pagan son una vergüenza. (Entrevista nº4; Trabajadora Social)

Es importante añadir que la insalubridad de las condiciones de vida de estos colectivos también está relacionada con otros aspectos como la condición de clandestinidad, reforzada por una legislación que dificulta la integración de estas personas al mercado de trabajo y por la dificultad para

acceder a los recursos sociales cuando no están incorporados al dicho mercado laboral.

De esta forma, con el agravamiento progresivo de la crisis económica, muchos de los inmigrantes perdieron sus empleos, algunos volvieron a sus países y otros pasaron a competir con los ciudadanos autóctonos, que también afectados por las altas tasas de paro, están buscando trabajos menos remunerados en el campo, en los servicios domésticos o en el sector de la construcción. La situación de ilegalidad y la falta de puestos de trabajo, incluso en estas labores tradicionalmente ocupadas por estos colectivos, han empujado a gran parte de los extranjeros a la economía sumergida.

Muchos inmigrantes también están vinculados a los trabajos socialmente mal vistos como la prostitución o el comercio ambulante, actividades en su mayoría sometidas a mafias de explotación. Las políticas públicas y la legislación a nivel europeo y español tampoco ofrecen un horizonte de esperanza para los inmigrantes ilegales en tiempos de crisis. Se además a estos factores se añade el problema del VIH/Sida, está montado un terrible mosaico en el cual están atrapados algunos de los inmigrantes, sobre todo los que están en situación de vulnerabilidad social. Como el caso de las personas seropositivas procedentes de África Subsahariana, que además en sus países de origen no poseen tratamiento universal para la infección por

VIH, lo que impide el regreso de estas personas, quedándoles como única alternativa pedir el asilo por cuestiones humanitarias.

Otro aspecto también evidenciado por las entrevistas fue el descenso en el número de inmigrantes observado en el último año en España. Esta disminución en las tasas de inmigración, que hasta hace muy poco eran crecientes, parece estar relacionada con los efectos de la actual crisis financiera, que está afectando sobre todo el mercado laboral, a través de un progresivo aumento en el número de parados.

El nivel de bienestar social de los ciudadanos también está siendo afectado por los efectos de la crisis y por la disminución generalizada de los presupuestos públicos destinados a las políticas sociales. Este es un punto de vista consensual, hecho que debe ser considerado importante, no solo porque propone la opinión del sentido común en la actualidad, sino también porque manifiesta el conocimiento adquirido a través de las prácticas sociales de estos profesionales que actúan directamente en las políticas sociales y sienten, consensualmente, el impacto que las políticas de austeridad están causando en la atención socio-sanitaria y en el bienestar social de los ciudadanos.

Nuestra población inmigrante ha crecido mucho, bueno ahora a lo mejor estamos viendo un cierto retroceso porque en España ya no se vive tan bien, entonces la gente está volviendo a sus países porque piensan que igual en mi país tenía menos dinero pero habían más cosas que también... allí tenían más apoyo social en eso están pensando más no? O sea algunos inmigrantes están volviendo a sus países. Pero la población inmigrante sigue siendo importante en nuestro país y desde el punto de vista de la prevención yo creo

ni siempre estamos cuidando cuales son las creencias culturales que a veces dificultan por ejemplo algunos hábitos, o sea, el cambio de algunos hábitos por ejemplo sexuales. (Entrevista n°7; Psicólogo)

En este fragmento de discurso también se puede observar que la inmigración todavía es considerada un fenómeno importante en España y sigue presentando varios retos en el ámbito socio-sanitario, como puede ser la prevención al VIH. No obstante la heterogeneidad es una de las características de los variados colectivos de inmigrantes lo que dificulta un abordaje preventivo más eficiente, debido a las diferentes concepciones y hábitos que las culturas tienen sobre el sexo y las relaciones de género. Muchos de los profesionales consideran que el cambio de los hábitos sexuales culturalmente enraizados es uno de los principales retos para la prevención al VIH, incluso dentro de las culturas consideradas más avanzadas.

A partir de este análisis, se ha podido inferir que la ineficiencia de las políticas públicas de prevención en alcanzar a ciertos colectivos de inmigrantes se debe al hecho de que estas políticas están pensadas para un población culturalmente homogénea donde las informaciones sobre el VIH y sus prácticas de prevención están mucho más normalizadas, de forma diferente a lo que ocurre en la realidad de los diversos colectivos de inmigrantes que están presentes en España. Estas personas a pesar de la condición de extranjeros también componen el espectro social y la prueba de

que las políticas públicas de prevención al VIH no están siendo eficaces para estos grupos es el citado aumento en la prevalencia de VIH y Sida observado en la población de extranjeros en la actualidad.

4.3.1.1. Concepción del VIH/Sida en Inmigrantes

Con el aumento de los casos de VIH en personas de origen extranjero observado en España en los últimos años, muchos de los profesionales socio-sanitarios pasaron a indagar sobre la causa de este crecimiento. Al hacerse conjeturas sobre el tema en sus conversaciones cotidianas, estos profesionales han elaborado concepciones sobre la forma como el VIH afecta a la población inmigrante, concepciones también han sido basadas en sus prácticas profesionales, considerando que todos los entrevistados ejecutan labores en el ámbito socio-sanitario con esta población.

La concepción consensual observada en los discursos de los entrevistados, fue la de que el VIH es un problema que empeora aún más una situación que por sí sola no es nada fácil. Se nota que la idea de inmigración que tienen estos profesionales es la de un proceso duro, con alto coste emocional, movido por necesidades económicas, y si la situación es de ilegalidad, las dificultades se agudizan.

Cuando el tema del VIH/Sida está asociado a la inmigración, se observa que la atención de los interlocutores y la organización de los discursos están pautados por los efectos que el VIH/Sida produce en el proceso migratorio. Es evidente que un diagnóstico de VIH por sí mismo es un suceso extremadamente impactante, que supone un marco divisor en la vida de una persona. Pero cuando el diagnóstico ocurre en el contexto de la inmigración, de acuerdo con los entrevistados, a ese impacto se sumarían todas las dificultades que ya están presentes en el proceso migratorio, como se puede observar en el fragmento de discurso a seguir:

Lo primero que me viene a la cabeza, aparte de todos los problemas que tienen la mayoría de inmigrantes que llegan, es que tienen que estar buscándose la vida, mal pagados, en situaciones de pobreza, de falta de recursos que ya por sí solo es un problema, la separación de sus familiares porque muchos se encuentran aquí solos, que muchas veces no les pagan porque no tienen papeles: entonces el VIH! El VIH es como una guinda que hace que todo se incremente mucho más o sea yo creo que es dramático. (Entrevista n°2 ; Medica)

Cuando el tema del VIH/Sida en inmigrantes ha sido evocado por los entrevistados, se ha observado en muchos casos, que las dificultades relacionadas a la inmigración han sido descritas de forma más completa y detallada que los propios problemas recurrentes de la infección por VIH, eclipsando, hasta cierto punto, el significado de un diagnóstico de esta naturaleza. Esta observación lleva a inferir que el proceso migratorio por sí mismo, si no tiene la preparación y el apoyo adecuados, puede causar un

deterioro considerable en las condiciones de vida del individuo. Desde luego, la opinión consensual verificada es de que la condición de inmigrante, sobre todo de inmigrante ilegal, es muy desfavorable para afrontar un diagnóstico de VIH/Sida.

Las dimensiones *emocional, económica, legal y cultural* representan los principales elementos figurativos que componen el discurso de los profesionales a la hora de describir la situación de los inmigrantes afectados por VIH/Sida.

Los problemas comúnmente vinculados a la inmigración han sido objetivados en aspectos como *soledad, desarraigo afectivo, bajo nivel económico, malas condiciones de vida, situación irregular y dificultades de adaptación* a los costumbres de la nueva cultura. Esta misma dinámica fue observada en los Grupos de Discusión, presentados en el apartado anterior, en las representaciones sociales de los profesionales de ONG's acerca de la inmigración. Estos aspectos de carácter negativo relacionados a la condición de inmigrante, evidenciados por las Entrevistas y Grupos de Discusión, indican una relación entre estos problemas y el desarrollo de los síntomas observados en el síndrome de estrés del inmigrante, conocido como Síndrome de Ulises, (Achotegui, 2008). Síndrome que causa una importante disminución en la calidad de vida de los que de ella padecen.

Se denota de esta manera que la concepción acerca de la inmigración, según los actores sociales de este estudio, es mayoritariamente negativa, debido al énfasis dado a las dificultades y barreras impuestas por el proceso migratorio. Lo positivo que puede suponer el cambio, el recomienzo de la vida en un lugar con mejores oportunidades, o el propio conocimiento adquirido en una experiencia como estas, no han figurado entre los elementos usados para describir la inmigración en ninguna de las entrevistas. Lo que se ha podido observar es que, una vez añadido el tema VIH/Sida al contexto de la inmigración, las interlocuciones no han sido nada alentadoras.

Las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social fueron utilizadas como paradigmas a la hora explicar el fenómeno de VIH entre los inmigrantes y de matizar estas concepciones. El aumento de la prevalencia de infección por VIH/Sida en inmigrantes también ha sido enfatizado por los entrevistados como se puede observar a continuación:

Es una enfermedad que está afectando mucho a los inmigrantes, da la impresión (...) sí que estamos viendo aquí en el hospital, por la población inmigrante que tenemos, pues la incidencia esta siendo muy importante. Nosotros ahora mismo estamos con una población de 12%, 11%, en Aragón, y en concreto en nuestro sector 13%, o algo así. Yo pienso que no quieren hablar mucho de este tema. Incluso hay más estigma dentro de la población inmigrante sobre este tema que a lo mejor en la población de aquí. (Entrevista nº 6; Trabajadora Social)

Las opiniones de los participantes corroboran el notable aumento de los casos de VIH y Sida en personas de origen extranjero según las

estadísticas gubernamentales sobre prevalencia de enfermedades infecciosas. En sus prácticas profesionales muchos de los entrevistados han observado un aumento progresivo de inmigrantes en los servicios de atención sanitaria a personas seropositivas, pero siempre han resaltado que en cantidad infinitamente inferior a de los ciudadanos autóctonos.

Sin embargo, en el ámbito de los ingresos hospitalarios, donde hay la presencia de casos más avanzados de VIH, en los que ya se ha desarrollado el Sida y que, muchas veces, están relacionados con cierto nivel de deterioro psicosocial, la opinión es de que el número de pacientes inmigrantes es más expresivo, como se puede observar en el fragmento de discurso a continuación:

Ahora nosotros estamos viendo el 15% de los pacientes que tenemos hospitalizados son inmigrantes. Y claro casi todos ellos tienen o VIH, o tuberculosis, bueno alguno también con malaria, con paludismo, pero la inmensa mayoría con tuberculosis, VIH y en algunos casos asociados a otras cosas como alcoholismo, toxicómanos, gente con serios problemas sociales... (Entrevista n°3, Médico)

Este ejemplo conduce a una reflexión acerca de las circunstancias que llevan a la población inmigrante a una mayor vulnerabilidad en el desarrollo de una enfermedad como el Sida. Los problemas de inadaptación social, desarraigo, adicciones y la exclusión social repercuten en el avance de la enfermedad en algunos colectivos de inmigrantes. En estos casos más críticos, el Sida tiene una relación “paradojal” con el concepto de exclusión,

en la medida que la enfermedad puede ser causa y o consecuencia de la exclusión social. Un alto grado de desarraigo social, la falta de apoyo y de información son muy nocivos para el proceso de afrontamiento de una enfermedad tan compleja como esta. Si además el enfermo tiene un historial de problemas con el alcoholismo o el abuso de drogas, es muy probable que no haya una adherencia efectiva al tratamiento, no obstante el avance de la enfermedad y las sucesivas internaciones hospitalarias resultan inevitables.

De esta forma, se ha podido verificar que los casos con un importante deterioro psicosocial tienen un fuerte impacto en las concepciones de gran parte de los profesionales entrevistados a cerca de como el VIH/Sida afecta a la población inmigrante. El intento de los participantes, de construir la realidad social de los inmigrantes seropositivos a partir de estos matices indica que los procesos de apartamiento social, que sufren los colectivos socialmente marginados y en situación de exclusión, también pueden estar afectando a muchos inmigrantes. De esta manera los procesos de pauperización, exclusión social y marginación pueden ser factores importantes de vulnerabilidad a la infección por VIH y desarrollo del Sida. Estos factores merecen ser estudiados más profundamente a través de métodos que los aborden de manera más específica, como pueden ser los estudios correlacionales.

4.3.1.2. Imágenes y Estereotipos a Cerca de los Inmigrantes

En esta subcategoría han sido agregadas las interlocuciones relativas a las imágenes y estereotipos a cerca de los inmigrantes que han sido observadas en los discursos de los profesionales entrevistados. Estos tópicos y características asociadas a los diferentes grupos de inmigrantes pueden influir en las actitudes de la sociedad en general hacia estos colectivos, como también, en las prácticas profesionales desarrolladas en el ámbito sanitario.

Los procesos de tipificación a que están sometidos los inmigrantes atribuyen a culturas enteras características de grupos específicos, a través de imágenes estereotipadas y en gran parte de carácter negativo. Este es un proceso negativo, observado en las sociedades interculturales, que suele conducir al prejuicio y a las situaciones de discriminación. En su mayoría estos estereotipos no traducen siquiera la realidad social del grupo a que se refieren, menos aún la realidad social de toda una cultura y su pueblo.

Sin embargo es importante recordar que el umbral que separa las concepciones pautadas en la experiencia concreta de las resultantes de las generalizaciones sociales es muy tenue. De esta forma, los procesos cognitivos de representación social, necesarios para orientar nuestras conductas pueden transformarse en una barrera para la interrelación entre personas de grupos sociales muy diferentes.

Según las proposiciones de Moscovici (1981; 2003), las representaciones sociales tienen como una de sus funciones principales orientar las conductas y las interrelaciones sociales, habiendo sido formadas, tales representaciones, a partir de ideas, imágenes y estereotipos a cerca de los más variados fenómenos que sean de interés para un grupo o sociedad. De esta forma ciertos estereotipos conllevan prejuicios que pueden afectar la actuación de los profesionales también en el ámbito sanitario. De acuerdo con esta perspectiva, las imágenes y estereotipos son elementos importantes para la formación de las representaciones sociales que los profesionales entrevistados elaboran a cerca de los grupos de inmigrantes más comúnmente observados en España.

A partir del análisis de las entrevistas se ha podido observar que, según la opinión consensual de los participantes, los inmigrantes en España son en general jóvenes y movidos por intereses laborales, como se puede observar en el próximo ejemplo:

Las personas inmigrantes suelen ser jóvenes y vienen a España con la idea de trabajar y no tienen a principio ningún tipo de problema, aunque en algunos colectivos hay personas más mayores o gente que viene a tratarse de alguna enfermedad porque aquí tenemos buena sanidad. La idea de que vienen aquí solo hacerse los tratamientos y volver a su país también existe. (Entrevista nº5 Trabajadora Social).

El párrafo resume dos imágenes bastante icónicas a cerca de los inmigrantes que vienen a España. Inicialmente, resalta el hecho de que gran

parte de estas personas está en pleno ejercicio de su capacidad de trabajo y, en segundo lugar, considera la idea de que algunos de los inmigrantes vienen para utilizar el sistema sanitario universal de buena calidad existente en el país.

La primera imagen propone una acepción positiva, en esta perspectiva los inmigrantes representaron, en el período de crecimiento económico, una contribución importante para atender la demandada del mercado laboral. Al mismo tiempo que la segunda imagen tiene una connotación de carácter negativo, en la medida que asocia la presencia de los inmigrantes a uno de los principales motivos de rechazo y discriminación a su colectivo: el abuso del sistema sanitario. Sin embargo los datos estadísticos y la propia experiencia de los profesionales de la atención sanitaria no confirman esta realidad, exceptuando los casos puntuales.

Es importante subrayar que ambas ideas, en la conjetura actual de crisis económica, acaban repercutiendo negativamente para la imagen de los inmigrantes, que de fuerza de trabajo necesaria para el desarrollo ha pasado a ser considerada un incremento para las tasas de paro. De esta forma el período de recesión económica y de profundas insatisfacciones sociales ayuda a difundir concepciones xenófobas, como la idea de que los inmigrantes sobrecargan los servicios sanitarios y acceden a las ayudas sociales que deberían priorizar a los ciudadanos autóctonos.

Pero se ha podido verificar, a través de las observaciones de campo y del análisis de los discursos realizados en esta investigación, que los inmigrantes suelen tener buenas condiciones de salud para enfrentarse a las dificultades impuestas por el proceso migratorio. No obstante muchos de ellos quedan enfermos a causa de las dificultades del desplazamiento o por de las condiciones de vida insalubres a que están sometidos una vez hayan emigrado. Muchas de estas personas en gran medida cargan con las expectativas de mejores condiciones de vida para si mismos y sus familiares.

La prioridad de las mujeres extranjeras que vienen a este país es conseguir dinero, porque normalmente de ellas dependen sus familias que están en su país de origen y muchas veces pues el tema de la prostitución como que lo viven de una manera más... pues como que no les queda otro remedio de cara a la prioridad que es ganar dinero rápido para mantener sus hijos. (Entrevista nº 9; Trabajadora Social)

La necesidad de sobrevivencia y las expectativas financieras de los familiares son, según la opinión de los participantes, los motivos principales que llevan a muchas de las mujeres inmigrantes a dedicarse a la prostitución. Sin embargo, otros factores tanto de orden social como de carácter individual no pueden ser olvidados a la hora de analizar este cuadro. El gran número de profesionales del sexo de origen extranjero, que ha sido observado en España durante todo el período de ascensión de la inmigración, ha ayudado a fomentar la idea de que algunos colectivos de inmigrantes están fuertemente

vinculados a la prostitución. Esta idea ha sido asociada sobre todo a colectivos como lo de mujeres africanas, de hombres y mujeres iberoamericanos, como también, de Europa del Este.

Hablando específicamente de las mujeres Iberoamericanas, el estereotipo que las vincula a la prostitución, puede estar asociado también a la imagen sexualizada de sus culturas, como apunta el fragmento de discurso presentado:

Sí que culturalmente pienso que las mujeres colombianas, o cubanas o brasileñas, tienen una conducta sexual diferente a las españolas, por cultura y por relaciones. Yo estuve en Cuba y allí hay mujeres con varias parejas... mujeres que tienen sí una relación, y otra ... (Entrevista n°4; Trabajadora Social)

Esta afirmación es un ejemplo de cómo ciertos rasgos son atribuidos al conjunto de ciudadanos de una determinada nacionalidad o cultura por efecto de una generalización. Tales ideas, cuando están normalizadas por el sentido común, pasan a orientar los comportamientos de los ciudadanos autóctonos hacia los colectivos de inmigrantes, como también, generan expectativas que llevan a la confirmación de los estereotipos atribuidos a estos colectivos, a través de un fenómeno que la psicología social tradicionalmente ha llamado de profecía auto-realizadora. También se ha podido observar, a través de los ejemplos citados a continuación, una serie de

imágenes y estereotipos, habitualmente atribuidos a los inmigrantes dentro del ámbito socio-sanitario, que tienen como referencia sus nacionalidades.

Con los de Europa del Este hay una cosa que nos llamó mucho la atención, no específicamente con el VIH, sino que en iguales edades son personas como que se cuidaban menos, con problemas de alcohol y drogas, sobre todo inyectables (...). (Entrevista nº 2; Médica).

Esas ideas han sido compartidas por gran parte de los profesionales sanitarios, pero reflejan un dato parcial, considerando la diversidad de un colectivo tan grande como el de inmigrantes de Europa del Este. Es importante considerar la posibilidad de que tales opiniones estén sesgadas por el área de actuación profesional y las funciones laborales desempeñadas por los entrevistados. Sin embargo, la imagen de los inmigrantes de Europa del Este ha sido fuertemente asociada a falta de cuidados con la salud y al abuso de alcohol y drogas. Esta asociación está basada en la experiencia de los trabajadores sociales y de los profesionales sanitarios con los usuarios y pacientes originarios del este europeo que suelen ingresar en los hospitales y en casas de acogida. Muchos de estos inmigrantes están en una grave situación de desarraigo social y de deterioro de salud como consecuencia de las adicciones, como puede ser observado en el ejemplo a seguir.

Hay muchos polacos, eslovacos, de Ucrania que están viviendo en la calle y son todos alcohólicos esto es otra cosa (...) Rumanía en principio hubo mucha entrada de colectivos de personas gitanas y de Bulgaria también, y allí en sus países de origen estas personas ya tienen dificultades de integrarse al sistema de allí y vienen desplazados aquí (...) (Entrevista nº5; Trabajadora Social).

Como se ha podido observar en este fragmento de discurso, los profesionales vinculados a la atención social también han relacionado los inmigrantes de Europa del Este a los mismos problemas, pero además, este ejemplo también expresa una asociación entre este colectivo de inmigrantes y la etnia gitana. Esta imagen se refiere sobre todo a los ciudadanos de Rumanía, que absorben los estereotipos y sufren los prejuicios a que también están sometidos los gitanos de nacionalidad española, con la diferencia de que en sus casos están añadidos los estereotipos y prejuicios atribuidos a la inmigración.

A pesar de producir generalizaciones, los estereotipos también pueden contribuir para elucidar cuestiones impuestas por un problema psicosocial, para que de esta forma se pueda intervenir sobre él de una manera más efectiva. Las características atribuidas a los inmigrantes del este europeo interesan más para esta investigación por ayudar a comprender ciertos problemas relacionados con las condiciones sociales en sus países de origen, que por construir un atributo que les identifica de manera legítima.

Es importante considerar la posibilidad de que los problemas de inadaptación social y las adicciones puedan agudizarse como consecuencia

también del contacto del inmigrante con la imagen social de su grupo de pertenencia. La tensión y el estrés psicológico causados por la discriminación y la desconfianza hacia su colectivo, aliados a la marginación y la falta de oportunidades, pueden empujar al individuo hacia un ciclo deterioro psicosocial que puede resultar en conductas antisociales.

Con relación a los inmigrantes iberoamericanos, que en el sentido común suelen ser categorizados como latinoamericanos, la idea consensual es la de que tienen características muy divergentes, lo que repercute en variadas imágenes y diferentes estereotipos que dependen, sobre todo, de la nacionalidad y del nivel socioeconómico.

Latinoamérica, bueno es que depende también, Ecuador no es lo mismo que Colombia, que otros países como el Chile, o Argentina, Paraguay, Uruguay, yo que sé, por ejemplo Brasil también es diferente, yo creo. Aunque en muchas cosas se parezcan, hay algunos que son como más Europeos ... (Entrevista n°2; Medica)

Estas concepciones, relacionadas con cada nacionalidad de forma más específica, así como el conocimiento más detallado a cerca de estos colectivos, tal vez sean consecuencia del gran número de inmigrantes iberoamericanos que han pasado por España en los últimos años. Los lazos histórico-culturales y una lengua común también parecen ser factores que influyen de manera importante en la construcción de las imágenes de los

diferentes colectivos de inmigrantes iberoamericanos. Hecho que también refleja, a pesar de los puntos de intersección cultural, las discrepancias socioeconómicas y políticas presentes en la región.

También es un dato relevante el hecho de que colectivos de ciertos países estén más asociados a la cultura europea que otros. Esta idea probablemente es una consecuencia del reciente movimiento migratorio de europeos hacia algunos países de Sudamérica como consecuencia de las grandes guerras, como también, debido a los rasgos étnicos de algunos inmigrantes de países que mantuvieron una mayor influencia de las etnias indígena y africana en su formación cultural.

Eso genera un tipo de concepción polarizada a cerca de los ciudadanos iberoamericanos. Una concepción relacionando los inmigrantes descendientes de los nativos americanos a sus costumbres y ancestros, y otra asociando los iberoamericanos de ascendencia europea a los costumbres y educación occidental y como consecuencia, de verse como más cercanos. Los segundos con más facilidad de aceptación, adaptación y integración que los primeros, como se puede observar en el comentario destacado a continuación:

Por ejemplo Ecuador es un país como muy ancestral en muchas costumbres como de paternalismo, de machismo, incluso en las relaciones de género, mientras que en Colombia las mujeres son muy resolutivas, pues por ejemplo están muy metidas en la sanidad, cuidan mucho su cuerpo, ya por ejemplo las mujeres ecuatorianas no son así, pues están siempre con esta postura de sumisión, muy subyugadas a los hombres y en general los

Ecuatorianos también son muy así de acatar órdenes y tal, acostumbrados a ese tipo de cosa, entonces no son tan iguales entre ellos. Hay diversidad! (Entrevista n° 10; Medica)

En este ejemplo la imagen de la mujer colombiana está asociada a una postura pró-activa mientras la imagen de las bolivianas está vinculada a una conducta pasiva y ultrapasada. Este discurso ilustra bien la manera como los inmigrantes iberoamericanos pueden ser diferenciados de manera dicotómica de acuerdo con la nacionalidad. Sin embargo es importante destacar que la polarización en las imágenes y estereotipos elaborados a cerca de los inmigrantes de Latinoamérica no es un dato objetivo. Hay, en la base de esta división, un proceso de identificación como resultado de la empatía hacia los inmigrantes que corroboran las características físicas y culturales del grupo mayoritario – la sociedad de acogida – o resulta en desconfianza, llegando hasta el rechazo, hacia los inmigrantes que no sean tan parecidos en sus rasgos y costumbres a esa misma sociedad. Este aspecto introduce una jerarquización donde los más parecidos al grupo dominante son mejor evaluados y están más aceptados que los que poseen características más bien distintas y propias de etnias originarias de otras partes del globo.

Otro aspecto que merece ser discutido en esta subcategoría hace mención a la imagen de la mujer iberoamericana, que además de los prejuicios y obstáculos que todavía sufren las mujeres en la actualidad, también sufren los estereotipos y prejuicios que les asocian a la sexualidad,

sumisión y prostitución. Esto dificulta aún más la condición de inmigrante y la inserción de estas mujeres en la sociedad de acogida. Estos condicionantes acaban produciendo un espacio social predeterminado para estas inmigrantes, generando expectativas a cerca de sus conductas, que dificulta su actuación y tránsito en papeles sociales que no correspondan a estas expectativas.

Pero por ejemplo si que culturalmente pienso que las mujeres colombianas, o cubanas o brasileñas, tienen una conducta sexual diferente a las españolas, por cultura y relaciones (...) en Latinoamérica es muy frecuente las familias uniparentales, las mujeres que van cambiando de hombre, van teniendo hijos, pero tienen el núcleo ellas y los hombres van pasando. (Entrevista n° 5; Trabajadora social).

En este fragmento de discurso se ha podido observar claramente la asociación de la mujer iberoamericana a la sexualidad, a la procreación y a la volubilidad afectiva. Sin embargo, lo que más llama la atención es el hecho de que tales características, de acuerdo con la concepción del participante, están relacionadas a la cultura de estas mujeres, aspecto que denota una generalización típica de los procesos de estereotipia. Eso refuerza la idea de que una persona únicamente por el hecho de haber nacido en un determinado sitio estaría más predispuesta a las relaciones sexuales y la maternidad, lo que puede repercutir en dificultades en la vida de las inmigrantes que no se encuadran en estas características, como también, daños a nivel psicológico y abusos de todas las naturalezas, basta considerar

los altos índices de violencia de género a que todavía están sometidas las mujeres en España, lo que lleva a inferir que los casos de violencia machista pueden ser agudizados en los colectivos más vulnerables socialmente, como por ejemplo, lo de mujeres inmigrantes. (Gracia, Herrero y Lila, 2010; Montañez y Moyano, 2006).

En lo que concierne a la población de inmigrantes procedentes de África Subsahariana también se ha notado un aumento importante en España. Incluso en los actuales años de crisis siguen llegando personas de esta región del planeta, la mayoría de las veces, en peligrosas y deshumanas condiciones de traslado. El aumento de este colectivo es un fenómeno fácilmente observado en las calles de las ciudades españolas que cuenta con una presencia expresiva de vendedores ambulantes en su mayoría procedentes de África. Naturalmente el incremento de esta población produce un impacto social y impone algunas cuestiones: ¿Cómo y de qué subsisten estas personas?. ¿En que trabajan?. ¿Dónde y con quien viven?. ¿A qué condiciones de vida están sometidos?

Estas cuestiones pueden parecer obvias, porque han sido apropiadas por el sentido común, y por eso mismo pueden ser elaboradas por cualquier persona que cruce con un africano por las calles. Pero las respuestas a estas preguntas son muy importantes para este análisis porque están repletas de imágenes y concepciones a cerca de estos inmigrantes. El análisis de estas

imágenes y concepciones sirve también para que se pueda conocer indicaciones de los reales problemas socioeconómicos enfrentados por estas personas. En el párrafo que se destaca a continuación sintetiza la imagen generalizada de los inmigrantes africanos de acuerdo con los profesionales entrevistados:

La gente de África en general es gente con falta de medios económicos, que trabaja en la economía sumergida, muchas mujeres ejercen la prostitución y además tienen que vivir aquí y atender a la familia allá. Yo aquí le digo tiene Usted Marido? O tiene mujer, pareja estable? Que sí! En Gana, en Guinea, en Senegal. (Entrevista n° 3; Médico)

Todavía, siguiendo la idea de que las imágenes a cerca de los inmigrantes también sirven como indicadores de sus necesidades y problemas socioeconómicos, se puede inferir a través del ejemplo anterior, que los inmigrantes de origen subsahariano pueden ser considerados los más vulnerables actualmente en el contexto español. Las descripciones de este colectivo, evocadas por lo participantes, les asocian directamente a trabajos irregulares y degradantes, a la explotación, pobreza y desarraigo. Los discursos analizados llevan a inferir que el cuadro social vivido por los inmigrantes de África Subsahariana está formado por la conjunción de los peores escenarios observados en la realidad social del conjunto de inmigrantes.

La expresión “trabajar como un negro”, repetida en las conversaciones en los más variados contextos sociales, trae en su semántica la idea de que las personas de etnia negra, o afrodescendientes, por condición, estarían más aptas para soportar los trabajos duros que los demás. Esta idea, además de tener sus orígenes en el pasado histórico de esclavitud del pueblo africano, es reforzada por la actual situación de los inmigrantes subsaharianos, en su mayor parte sometidos a duras labores, sin ningún tipo de protección social y legal, mal pagados y en muchos casos sometidos a mafias de explotación.

4.3.1.3. Inmigración y Factores de Vulnerabilidad Social

En esta subcategoría han sido analizados los discursos que tratan de la vulnerabilidad social de los inmigrantes, en una serie de problemas que van desde la precarización de sus condiciones de vida y trabajo hasta el deterioro de la salud, hablando más específicamente, la vulnerabilidad a la infección por VIH. Como ya se ha mencionado en el apartado teórico de este trabajo, la vulnerabilidad social puede estar relacionada con varias dimensiones como la económica, el género, las minorías sociales e incluso como consecuencia de conflictos étnicos y religiosos, por esta razón este apartado ha tratado de

profundizar en los aspectos que están relacionados con la vulnerabilidad social hablando específicamente del conjunto de inmigrantes.

Es sabido que las personas migran en todo el mundo por los más variados motivos, sin embargo en la mayoría de los casos, lo que mueve los desplazamientos es la búsqueda por mejores condiciones de vida y trabajo, ese aspecto debe ser considerado a la hora de analizar la vulnerabilidad social en inmigrantes, pues una vez afectadas las condiciones de trabajo y la capacidad de absorción de mano de obra de un país, inevitablemente los colectivos de inmigrantes estarán más expuestos a la pobreza y a la exclusión social.

De esta forma el bajo nivel educacional, la falta de formación profesional y de apoyo social, aliados a la falta de oportunidades, la ilegalidad, los bajos salarios y la precariedad del trabajo en el país de acogida, pueden convertirse en principales factores de vulnerabilidad social para los inmigrantes. En otras palabras, los factores de vulnerabilidad están asociados, no sólo a las condiciones del inmigrante pero también a las condiciones del país de acogida, y los problemas se agudizan cuando los factores actúan en ambos polos.

En general muchos de los inmigrantes están sin trabajo y sin medios económicos. Muchos son refugiados y necesitan ayudas, luego también hay gente que está de manera ilegal, sin papeles y a muchos les da miedo ir a una organización de estas porque piensan: a lo mejor a la policía. Pero sí que les condiciona el no tener trabajo, no tener oportunidades y a lo

mejor puede que se dediquen más beber y tal. La crisis está afectando muchísimo a los inmigrantes, por que sí que hay mucho paro en esta población. Con los recortes en sanidad y en las ayudas sociales no se como van a poder soportar eh. (Entrevista n°3; Médico)

Es cierto que la población inmigrante tiene dificultades sociales de todo tipo, incluso necesidades básicas, a muchos también les afecta el VIH y con la crisis ahora. Pues falta de ingresos económicos como consecuencia de la falta de empleo y luego, están cambiando mucho de residencia, es decir el tema de buscar trabajo conlleva que se mueven mucho alrededor de toda la geografía española. Con lo cual les dificulta formar vínculos, pues eso, falta de soporte social también. (Entrevista n°6; Trabajadora Social)

El primero fragmento de discurso destacado en esta subcategoría forma una síntesis de los aspectos que pueden fragilizar socialmente a los varios grupos de inmigrantes presentes en España en este período de crisis económica y profunda insatisfacción social. El fuerte impacto social y económico causado por la crisis financiera parece profundizarse aun más en los colectivos de inmigrantes, que sin posibilidades de acceder a un medio legalizado de subsistencia acaban recurriendo a la economía sumergida, la prostitución, incluso la delincuencia, quedando consecuentemente más expuestos a todos los riesgos que estas actividades conllevan.

En este ejemplo se ha podido observar claramente, como las actuales contingencias vividas por el país de acogida están siendo determinantes para el proceso de desintegración económica y social en la vida de los inmigrantes, problemas que hasta la llegada de la crisis financiera

dependían más de las propias condiciones del inmigrante y de su capacidad de adaptación.

Muchos viven en guetos, todos juntos, en pisos pateras, de estos que se juntan 30 sin las mínimas condiciones, compartiendo piso, incluso las camas, eso que llaman “camas calientes” no, lo que creo facilita la infección por la tuberculosis y otras enfermedades. Eso en principio, en los 2000, en 1999, eso pasó también con los iberoamericanos, pero eso ya ha cambiado, pero al principio sí. (Entrevista nº 1; Enfermera).

Las situación descrita en este ejemplo ha sido considerada por gran parte de los participantes un importante factor de vulnerabilidad para los inmigrantes. Estas condiciones de vida insalubres cuando van asociadas a una alimentación insuficiente, una higiene inadecuada, a la falta de mínimas condiciones de descanso y al estrés, pueden afectar la salud de las personas y aumentar el riesgo de infecciones variadas.

El anterior fragmento de discurso también ilustra como un colectivo específico de inmigrantes, los iberoamericanos, han mejorado sus condiciones de vida a la vez que se han integrado en la sociedad de acogida y a su mercado laboral. Recientemente en España el mercado laboral ha demandado mucha mano obra debido al pasado período de prosperidad económica. Sin embargo en la actualidad se ha puesto en marcha un proceso contrario donde se está observando un retroceso en las conquistas sociales y económicas de muchas familias de autóctonos y extranjeros.

Vale recordar que, según los datos del informe anual del Consejo Económico Social - CES (2010-2011), España es uno de los países europeos donde más crece la pobreza y las desigualdades sociales. El informe también alerta que las políticas de austeridad en educación y sanidad pueden convertir las desigualdades y la pobreza en problemas crónicos. Para comprender este pronóstico basta imaginar cómo estará la situación de algunos colectivos de inmigrantes en severa situación de pobreza en España, como los de África subsahariana, en una década. La falta de recursos económicos es un factor determinante a la hora de analizar las condiciones de vulnerabilidad social de los inmigrantes, como se puede observar en la citación que destacamos a continuación:

Quando hablamos en Inmigración hay que tener en cuenta no solo el país de origen pero también la condición económica de la persona, por ejemplo cuando tienes problemas con el servicio sanitario, se paga un médico privado y ya está, ahí desaparece el factor inmigración, pero cuando no tienes, que haces? Cuando no tienes trabajo, papeles, derechos? Muchos no pasan de mano de obra barata. El bajo nivel educacional, las dificultades con el idioma, los problemas económicos, la soledad y las condiciones insalubres de vida son factores que seguramente afectan los inmigrantes de bajo nivel económico. Otra cosa son los guetos, la delincuencia, las drogas, muchos viven en las calles y son yoquis (Entrevista nº7; Psicólogo).

El ejemplo es muy ilustrativo a la hora de comprender como los problemas, en el ámbito económico, pueden contribuir a la desestructuración del tejido social. En el caso de los inmigrantes, el deterioro en las condiciones de vida está siempre asociado a una serie de otros problemas que solo

empeoran el cuadro. El desarrollo de conductas antisociales, según la opinión de muchos de los entrevistados, puede ser determinado en muchos casos por la falta de oportunidades y perspectivas.

En el caso de los inmigrantes las oportunidades dependen inevitablemente de su situación legal, que a su vez depende de la situación laboral. Una ley de extranjería, que condiciona la ciudadanía a la inserción en el mercado laboral, evidencia la idea de que los inmigrantes sirven apenas como mano de obra desechable. Negar el derecho a la ciudadanía quita oportunidades, aumenta las desigualdades sociales, genera vulnerabilidad y exclusión social como se ha podido observar en los varios casos descritos por el conjunto de profesionales entrevistados:

Ahora con la crisis, tenemos el otro problema que es gente que tenía papeles que ahora vuelven a no tener. No pueden renovar porque ya no tienen trabajo, ese es otro problema. Entonces sí que conozco un montón de mujeres nigerianas que tenían sus papeles, han trabajado en el tomate, no sé que, muchas trabajaron en la prostitución, pagaron la deuda, que ahora están ellas y sus familias – se han comprado su piso, se han hipotecado, tienen su familia, sus dos niños y su marido – de momento, ahora, ya no tienen trabajo, ni el NIE ya! Y tienen problemas para pagar la hipoteca y renovar los papeles. (Entrevista n° 9; Trabajadora Social).

Este es un claro ejemplo del impacto nocivo, que la actual política de extranjería puede causar en la vida de los inmigrantes. Muchas de estas personas habían sido incorporadas al mercado de trabajo, habían cotizado por

un largo período, tenían sus permisos de residencia, pero una vez sin empleo les resulta imposible renovar su documentación. Sin el permiso de trabajo y residencia conseguir un contrato laboral en tiempos de crisis es una tarea casi imposible, quedándoles como única alternativa de supervivencia las actividades informales, la economía sumergida, la prostitución y actividades ilícitas como pueden ser la venta de drogas y de productos pirateados.

Pero tras este tipo de leyes, aplicadas en muchos de los países que han ejercido fuerte atracción en los colectivos de inmigrantes en las últimas décadas, está la idea de explotación de la mano de obra barata y poco calificada, que a pesar de deficitaria todavía es necesaria para el pleno funcionamiento de las economías más industrializadas. A pesar de ser imprescindible, la demanda por la mano de obra de los inmigrantes sufre inevitablemente las oscilaciones de las condiciones económicas y del mercado. De esta forma, las leyes de extranjería aplicadas deberían regular el flujo de entrada y salida de inmigrantes en función de la demanda económica. Sin embargo este tipo de legislación no considera que en los procesos migratorios estén involucrados otros factores, no sólo los de orden económico y que sus efectos negativos vayan a repercutir a nivel social, con el aumento de la inmigración ilegal y de todos los problemas que eso conlleva.

4.3.2. Perfil del VIH/Sida en Inmigrantes

En esta categoría han sido agrupados los fragmentos de discurso relacionados al perfil de la población inmigrante afectada por el VIH o por el Sida que acuden a los servicios socio-sanitarios donde los profesionales entrevistados desarrollan sus actividades. Las ideas expresadas en los discursos dibujan un perfil basado principalmente en las prácticas y experiencias profesionales con los inmigrantes seropositivos, aunque el conocimiento de las estadísticas oficiales también pueda influir en la visión de los participantes a cerca del fenómeno.

Es importante destacar que la interpretación del fenómeno presentado en este apartado está limitada a las experiencias profesionales y realidad social de los entrevistados y retrata el problema de manera parcial, considerando que muchos de los inmigrantes no saben que están infectados o no acuden a la sanidad porque están en situación irregular en el país. Sin embargo estos discursos permiten hacer inferencias que pueden ayudar a entender mejor la dinámica del problema, para que se pueda actuar en ello de manera más eficaz.

4.3.2.1. Perfil Sócio-Cultural del VIH/Sida en Inmigrantes

Esta subcategoría trata de las características socioculturales de la población inmigrante afectada por el VIH/Sida en España. Tales características han sido dimensionadas por los entrevistados en cuatro variables principales: país de origen, sexo, edad y orientación sexual. Se ha podido observar que estas variables funcionan como matices para los profesionales a la hora de entender como la infección por el VIH se está desarrollando entre los colectivos inmigrantes en la actualidad, como también, a la hora de verificar los determinantes psicosociales involucrados en este proceso.

El aumento de los casos de nuevas infecciones en inmigrantes ha sido evidenciado por los datos epidemiológicos de los últimos años en toda España. El fragmento de discurso destacado a continuación corrobora la realidad expresada por los datos estadísticos en relación a la nacionalidad de los inmigrantes afectados, demostrando que el mayor impacto ocurre entre los Subsaharianos e iberoamericanos, seguidos por los de Europa del Este como ya había sido expuesto en el anteriormente en el apartado teórico.

Pues aquí vemos tres tipos fundamentales de inmigrantes. Uno: los latinoamericanos fundamentalmente, vemos gente de Republica Dominicana, Honduras, Nicaragua, luego tenemos de Colombia, de Perú, Ecuador, etc. También tenemos gente de Argentina, Uruguay, algún Brasileño, pero muy pocos, luego hay otros tipos diferentes, son los de Europa del Este

fundamentalmente Rumanos, Bulgaria, Ucrania, etc, pero fundamentalmente rumanos, y luego un grupo que es muy numeroso que son los de África Subsahariana, son gente joven, digamos que de 30 años o incluso menos, hay una población importante que son mujeres con VIH que descubren en el momento del embarazo, la mayoría africanas y rumanas. (Entrevista n°5; Trabajadora Social)

Este ejemplo expresa la idea consensual compartida por los entrevistados, aunque los factores relacionados a la incidencia del VIH/Sida puedan actuar de maneras distintas en estos colectivos. Sin embargo los datos epidemiológicos también apuntan la presencia de casos de la enfermedad en personas procedentes de otros países pero en menor número. De esta forma se puede inferir que la poca atención dada por los participantes a los casos de infección en europeos procedentes de países desarrollados, y a colectivos como los de asiáticos y magrebís, se deba al hecho de que estos inmigrantes no acudan con tanta frecuencia a los servicios sanitarios y de apoyo social por el tema del VIH. Es importante destacar que, a pesar de los datos epidemiológicos, la presencia de infecciones en estos grupos y la incipiente atención dada a ellos por los profesionales entrevistados puede indicar que estos no representen el núcleo crítico de la problemática, sobre todo en lo que concierne a su dimensión social.

Otro aspecto considerado relevante por los participantes fue la edad de los inmigrantes diagnosticados seropositivos. Se ha podido observar que la media de edad en los extranjeros diagnósticos es menor que la observada en los autóctonos. Este dato ha sido expresado de manera

consensual por los entrevistados, sobre todo por los que trabajan en el ámbito sanitario. Es importante recordar que este es también un aspecto corroborado por los datos epidemiológicos más recientes que destacan la diferencia en las medias de edades entre extranjeros y autóctonos.

Entre los inmigrantes los casos de VIH que vemos ahora son en personas más jóvenes que los Españoles, mujeres africanas jóvenes que descubren en el momento del parto. Fundamentalmente es eso, gente más joven entre los extranjeros y entre los Españoles con más edad, una media de mas o menos 42 años, pero de forma global entre los inmigrantes es gente más joven (Entrevista nº 3; Médico).

La mayor incidencia de casos de VIH en personas jóvenes entre los inmigrantes, evidenciada por los datos estadísticos y por los discursos de los entrevistados, puede ser consecuencia tanto de factores propios de los procesos migratorios como de factores relativos al panorama general del VIH en la actualidad. En lo que concierne al primero aspecto hay que considerar, como ya fue discutido anteriormente, que los inmigrantes suelen ser gente joven, en pleno gozo de sus capacidades laborales y que puedan enfrentar, en muchos de los casos, el duro proceso migratorio. Con relación a los factores relativos al cuadro general del VIH/Sida, se debe considerar que los datos demuestran un repunte de nuevas infecciones en personas jóvenes, consecuencia de la relajación en las prácticas preventivas por parte de las nuevas generaciones y de la falsa idea de que el VIH/Sida es una enfermedad crónica, con el tratamiento eficiente, gratuito y que apenas causa molestias.

El género ha sido un aspecto ampliamente evocado por los entrevistados a la hora de elaborar el perfil de los inmigrantes afectados por el VIH/Sida. Según sus opiniones, los hombres siguen siendo la mayoría, pero las infecciones en mujeres han crecido considerablemente en los últimos años, sobre todo en los colectivos de iberoamericanos y de Europa del este, como en el caso de las personas procedentes de Rumania. Los ejemplos a continuación describen muy bien el proceso de feminización del VIH en los inmigrantes.

Con relación al género, vemos más hombres, pero hay muchas mujeres (...) los casos en las mujeres han aumentado, sobre todo en iberoamericanas. De los subsaharianos la mayoría son hombres. (Entrevista nº5, Trabajadora Social)

A pesar de que algunos colectivos presenten un número mayor de mujeres diagnosticadas seropositivas que otros, es importante destacar que este es un fenómeno observado también en los autóctonos y en los casos de VIH de manera general en varias partes de mundo. Pero los países considerados en vías de desarrollo, como los de Iberoamérica por ejemplo, poseen un alto índice de feminización de la enfermedad, que a lo que todo indica, parece reflejarse en las estadísticas de los nuevos casos de seropositividad en inmigrantes, hecho que probablemente está relacionado

con el proceso de feminización de la inmigración observado en los últimos años.

Como ya ha sido mencionado anteriormente el proceso de crisis sobre lo cual está inmersa la economía española en los últimos años ha impactado más fuertemente en los puestos de trabajo tradicionalmente ocupados por los varones, lo que ha incrementado la presencia de mujeres inmigrantes en el mercado laboral. Además, este es un aspecto que aparece reflejado también en los servicios sanitarios, que según sus profesionales, registran una creciente presencia de mujeres extranjeras. Este es un aspecto que también aparece reflejado en los discursos analizados como se puede observar a continuación:

En general son mucho más mujeres con VIH que antes y Claro hay muchas mujeres inmigrantes, por ejemplo hay más rumanas que rumanos, la mujer está aquí trabajando en la hostelería, en lo de cuidar de enfermos, en el servicio domestico. Y también hay muchas mujeres sudamericanas, porque hay más trabajo para las mujeres ahora, para cuidar enfermos, para cuidar ancianos. (Entrevista n° 10; Médica)

La idea de feminización del VIH/Sida en inmigrantes fue corroborada por la mayor parte de los entrevistados, sobre todo los que trabajan en el ámbito sanitario, lo que lleva a suponer una vulnerabilidad a la infección en el colectivo de mujeres inmigrantes. Aspectos como el machismo en las relaciones de género, la poca capacidad de negociación de la

mujer observada en algunas culturas, la explotación sexual, la prostitución, que en España es ejercida en su mayoría por inmigrantes, la pobreza y la falta de información pueden estar en la raíz del aumento de casos de VIH en mujeres inmigrantes. Sin embargo estos aspectos influyen de manera diferente en la vulnerabilidad a la infección dependiendo de su origen y por supuesto la condición social.

Otro aspecto importante que debe ser considerado con relación a esta temática es la orientación sexual. Una parte importante de los seropositivos de origen extranjero que hacen el seguimiento y el tratamiento del VIH en los hospitales son hombres que hacen sexo con hombres, aunque la mayoría de los pacientes se declare heterosexual. En los últimos años se ha observado un repunte en los diagnósticos de VIH en homosexuales en España, sobre todo en autóctonos, pero también se ha observado el mismo fenómeno en los inmigrantes aunque con menor intensidad. Se debe considerar también a la hora de analizar esta cuestión, que muchas de las infecciones resultantes de relaciones entre personas del mismo sexo no son contabilizadas porque muchos de los pacientes, por cuestiones culturales o de opinión individual, no declaran ser adeptos a este tipo de prácticas sexuales, lo que dificulta la evaluación correcta del cuadro. El fragmento de discurso presentado es un ejemplo de cómo los profesionales observan este problema en el día a día de sus actividades.

En homosexuales está repuntando un poquito, pero casi más en Españoles, en extranjeros vemos algunos. Entre los africanos homosexuales vemos muy pocos, por lo menos lo niegan. Eso asumen más los sudamericanos, los de Centroamérica, de Cuba, Argentinos, de Uruguay (Entrevista n° 3; Médico).

A la hora de analizar los casos de infecciones en hombres inmigrantes que hacen sexo con hombres es muy importante considerar como los factores cultural y religioso inciden en ellos. Es sabido que la homosexualidad recibe connotaciones muy distintas dependiendo de la cultura o país de referencia. Los países occidentales, democráticos y constituidos como estados laicos y con economías más industrializadas, suelen presentar un mayor nivel de tolerancia a las relaciones homosexuales que los países no democráticos o constituidos como estados religiosos.

Eso se ha podido percibir a la hora de analizar el perfil de los pacientes inmigrantes seropositivos que han declarado haber mantenido relaciones homosexuales. Los pacientes venidos de zonas como Iberoamérica, que a pesar de preceder de sociedades mayoritariamente católicas y altos niveles de violación de derechos humanos contra el colectivo de homosexuales, tienen más facilidad a la hora de asumir este tipo de relaciones que los pacientes procedentes de zonas como África Subsahariana, Magreb y Asia, por ejemplo. Los discursos de los profesionales demuestran que la

homosexualidad para los iberoamericanos, en general, está más normalizada que para otros colectivos de inmigrantes con importante presencia en España.

Considerando que, muchas de las personas que suelen negar las relaciones homosexuales, proceden de países no democráticos o de estados religiosos, se ha podido inferir que el aspecto político y la legislación penal afectan profundamente las culturas al representar y vivenciar la homosexualidad. También es importante resaltar que muchos de los estados no democráticos y o religiosos consideran las relaciones sexuales entre pares del mismo sexo legalmente un crimen, en algunos casos condenados a la pena capital. Diferentemente de lo que ocurre en los países iberoamericanos y en los demás países occidentales donde las violaciones a los derechos humanos de los homosexuales no está amparada por la legislación penal.

Otro aspecto curioso mencionado por algunos de los médicos que llevan el seguimiento y los tratamientos de los seropositivos y enfermos de Sida es la ausencia de pacientes originarios del Magreb en sus ambulatorios, como se puede comprobar en las citaciones a seguir:

Yo desde luego no estoy atendiendo a ciudadanos magrebíes, pero no por la religión, porque por ejemplo en Somalia son musulmanes y de allí hay muchos casos. Estoy atendiendo ciudadanos magrebíes, de Argelia, marroquíes, en oncología o con patología crónica, pero no estoy atendiendo personas VIH de estos países. (Entrevista n°3; Medico)

Del Magreb realmente vemos poca gente, hay mucha gente de Marruecos en España, pero de Marruecos con VIH aquí muy pocos, de Argelia

también vemos muy pocos (...) entonces no sabemos en que medida va impactar lo del VIH en los musulmanes, por sus creencias, sus cosas... (Entrevista n°2; Medica).

Esas declaraciones conducen a una reflexión sobre el estado de las infecciones por el virus VIH en los países del norte de África, como también en otras culturas de mayoría musulmana, con excepción de los países de África Subsahariana que presentan alta prevalencia de VIH independientemente del estatus político y religioso. La ausencia o poca incidencia de la infección en los colectivos de mayoría islámica suscita una serie de cuestiones que necesitarían una investigación más profunda y detallada, sobre todo porque la zona del Magreb está muy conectada a regiones con altos índices de infección y también funciona como lugar de cruce para muchos de los inmigrantes provenientes de estas regiones y que intentan llegar hacia Europa.

Factores sociales como los diferentes hábitos culturales y sexuales entre magrebís y subsaharianos pueden ayudar a entender la diferencia en los datos de prevalencia del VIH/Sida en ambas culturas. A pesar de estos colectivos procedieren de zonas geográficas relativamente cercanas es probable que tengan hábitos culturales y conductas sexuales diferentes, como también un distanciamiento a nivel de las relaciones intergrupales, hecho que desfavorecería la infección inter-grupos.

4.3.2.2. Origen de la Infección y Vías de Transmisión

Esta subcategoría trata de dos temas importantes para profundizar en la comprensión del problema del VIH/Sida en los colectivos de inmigrantes: las vías de transmisión y el origen de la infección. Saber la principal vía de transmisión del VIH en los inmigrantes es importante para la realización de campañas preventivas más efectivas, al paso que entender el origen de las infecciones puede ayudar en las actuaciones humanitarias de prevención a nivel global, como también, a derrumbar prejuicios que solo dificultan las actuaciones preventivas a nivel interno.

Con respecto a las vías de transmisión, la opinión consensual entre los participantes es de que esta ocurre fundamentalmente a través de las relaciones sexuales, sobre todo las de carácter heterosexual, lo que corrobora el proceso de heterosexualización de la enfermedad también entre los inmigrantes, como se puede observar en el fragmento de discurso a continuación:

En los inmigrantes pues fundamentalmente la vía de transmisión es sexual, no te sabría decir la cifra pero casi 90% y sobre todo heterosexual (...) entre los inmigrantes vemos muy poco por vía parental, problemas de drogas, sobre todo lo que vemos ahora es por transmisión sexual (Entrevista nº10; Médica).

Es sabido que el fenómeno del VIH/Sida ha sufrido transformaciones tanto en el aspecto conceptual como epidemiológico. En los últimos años los datos epidemiológicos han demostrado un proceso de heterosexualización de la enfermedad, que está asociado al proceso de feminización de la misma. Estos crecimientos de infecciones por VIH entre heterosexuales se ha mantenido constante en los últimos años lo que indica que el núcleo crítico del problema está en las conductas de riesgo. Tales conductas están basadas en creencias y concepciones equivocadas sobre la enfermedad, que a pesar de todos los conocimientos e informaciones producidas sobre la misma, en muchos casos parecen inamovibles. El nivel de información y las condiciones socioeconómicas también funcionan como matices para la adopción o no de conductas de riesgo.

En lo que se refiere al origen de la infección se ha podido verificar la existencia de dos ideas principales: una afirma que los inmigrantes ya vienen a España infectados por el virus VIH o enfermos de Sida y la segunda idea relativiza el problema vinculando el origen de la infección tanto al país de origen como al de acogida, dependiendo de los factores involucrados a cada caso específico. Los ejemplos a seguir ilustran tales ideas:

Luego los paciente rumanos los diagnosticamos aquí, o por lo menos niegan saberlo, pero se han infectado allí seguramente porque vemos que ya tienen un estado de inmunodeficiencia muy avanzado, con una inmunidad muy deteriorada, los africanos también vienen ya con el VIH puesto. (Entrevista n°3; Medico)

No sé si vienen con el VIH o si realmente se infectan aquí, eso dependerá de que estudiemos cuanto tiempo llevan en España. Hay que preguntarles ¿Cuándo te hiciste la última prueba? (...) Entonces no sabemos exactamente si vinieron o no vinieron, personalmente me da igual. Yo personalmente no creo que la mayoría vengán infectados, alguno que otro sí, pero la mayoría yo creo que se han infectado aquí. ¿Por qué? Porque tenían relación sin protección (Entrevista n°9; Trabajadora Social).

Es importante resaltar que la idea de que los inmigrantes llegan a España infectados por VIH está asociada principalmente a los Africanos, Europeos del Este y a los profesionales del sexo. Esta idea funciona como unos de los elementos figurativos que componen los estereotipos que basan las conductas discriminatorias hacia los inmigrantes. Lo que puede repercutir en serios problemas sobre todo en el ámbito sanitario, considerando que este es espacio donde se dan los controles y tratamiento de la enfermedad y que los profesionales de salud también son susceptibles de nutrir prejuicios como cualquier otro actor social.

Hablando más específicamente de los tres colectivos mencionados en el párrafo anterior, se ha podido observar que la idea de infección en el país de origen está asociada a aspectos peculiares a cada uno de ellos. En el caso de los Subsaharianos la idea de infección se debe al hecho de que ellos proceden de zonas donde el VIH/Sida es considerado una epidemia fuera de control, lo que justificaría de entrada una infección tardía. Con respecto a los Europeos del Este, la idea está basada en una vinculación entre este colectivo

y el uso de drogas por vía parental, como también, a la busca de un mejor sistema sanitario de que disponen en sus países. Ya los profesionales del sexo todavía siguen cargando con el estigma de ser un grupo de riesgo, sin embargo, también existe la idea de que muchas de estas personas hayan inmigrado en busca del tratamiento retroviral gratuito.

Con relación a la segunda perspectiva, más relativista, se puede decir que está basada en una visión más particularizada y amplia del problema, condicionando los casos a sus aspectos específicos y a datos concretos. También se debe aclarar que esta concepción también considera la condición de vulnerabilidad social y desarraigo afectivo a que están sometidos muchos de los inmigrantes en el país de acogida, como también, a las tasas de prevalencia de la infección en España, que a pesar de mantenerse estable en los últimos años, es más alta que la de muchos países de donde proceden los inmigrantes.

El fragmento de discurso, planteado a continuación, es otro ejemplo de esta segunda concepción, pero que resalta sobre todo la dimensión afectiva que también puede funcionar como un factor de vulnerabilidad a la infección, en la medida que los inmigrantes identifiquen la relación sentimental al no uso de preservativos.

Pero sí que es verdad que hay gente de alguna manera tu intuyes, especialmente latinos que pues es más fácil hablar, que eran seropositivos en sus países y que se han venido sabiendo vale. Hay otros que no eh, hay otros que se han infectado aquí, especialmente hablando de los hombres que tienen sexo con hombres, normalmente hay muchos, gente que se ha infectado aquí y de hecho tiene un negativo previo, pero me he hecho novio y ese novio me quiere, me mola y me pone en el piso, me cuida y no se que y ya no usa condón. Pero gente super jovencita, pues con 20, 25, 26 gente muy joven. (Entrevista n°4; Trabajadora social).

La identificación entre relación afectiva, placentera y el no uso de condones entre los inmigrantes, sobre todo en las profesionales de sexo, fue mencionada por algunos de los entrevistados, sin embargo también se ha podido observar que esta no es una identificación exclusiva de los inmigrantes o del colectivo de prostitutas, pero también ocurre en la población de manera general, que sigue identificando las relaciones sexuales en pareja como un método preventivo eficaz, lo que expone sobre todo a las mujeres y a los más jóvenes a la infección por VIH. Este tipo de visión se apoya en concepciones machistas, dogmas religiosos y hábitos culturales que todavía inducen a la mujer a una postura de sumisión y de falta de negociación en el ámbito sexual, y también indican que a pesar de todas las informaciones y conocimiento a cerca de la enfermedad y sus formas de protección, las conductas preventivas todavía no fueron normalizadas en muchas sociedades o clases sociales.

4.3.2.3. Vulnerabilidad a la infección y exclusión social

Esta subcategoría trata de analizar los aspectos que conllevan en vulnerabilidad a la infección por VIH a muchos de los colectivos de inmigrantes, en mayor medida a aquellos que están en situación de exclusión social.

El primero tópico de análisis se refiere al grupo de inmigrantes originarios de África Subsahariana que, en muchos de los casos, migran hacia España a través de una ruta considerada como extremadamente peligrosa por la mayoría de los profesionales entrevistados, sobre todo los trabajadores sociales que trabajan con este colectivo. Algunos de los participantes han mencionado el hecho de que muchos de estos individuos para lograr su objetivo de llegar hacia Europa sufren una infinidad de abusos, que pasa por las violaciones, prostitución, explotación sexual hasta la propia muerte. Es importante resaltar que las mujeres son más vulnerables a padecer y contraer alguna enfermedad como el VIH que los varones, sin embargo, estos muchas veces también tienen que someterse a situaciones como mínimo degradantes, como se puede observar en la citación a seguir:

Pues muchas mujeres que en un momento dado han llegado de África Subsahariana, que han llegado vía marrocos, han venido con bebés que son fruto de violaciones, o de relaciones consentidas a cambio de protección, muchas han tenido que prostituirse. Los hombres también eh, para

conseguir protección, comida, tienen que hacer cosas que ponen en riesgo sus vidas, es muy penoso. (Entrevista n°6; Trabajadora Social).

Este ejemplo ilustra muy bien como el proceso migratorio puede funcionar como un factor de vulnerabilidad en la infección por VIH o incluso otras enfermedades. La situación de los subsaharianos es crítica porque sufren el acoso desde el momento que salen de sus países, que en muchos casos viven conflictos armados, también cuando llegan a Marruecos dónde son mal vistos socialmente sufriendo así una infinidad de abusos y malos tratos, hasta llegar a Europa, donde tampoco encuentran las cosas fáciles. Este complejo proceso migratorio, según los trabajadores sociales entrevistados, deteriora tanto las condiciones físicas como psicológicas de estas personas, que tienen en la inmigración la única esperanza de una vida mejor para si mismos y sus familiares.

Otro importante aspecto para ser analizado es la vulnerabilidad de los inmigrantes al desarrollo del Sida. Es sabido que el individuo seropositivo no necesariamente tiene que desarrollar el Sida, sobre todo aquellos que hacen correctamente el tratamiento antiretroviral. Los medicamentos que combaten el virus también han evolucionado considerablemente desde el descubrimiento de la enfermedad a finales de la década de los setenta hasta la actualidad. Cada vez los medicamentos son más efectivos, producen menos efectos colaterales, y un número creciente de países adopta políticas

universales de tratamiento para la no proliferación del Sida entre los individuos seropositivos, lo que ha repercutido en una estabilización en el número de nuevas infecciones por VIH en los países que han adoptado esta medida. Esto ocurre porque los medicamentos antiretrovirales disminuyen considerablemente la probabilidad de que una persona seropositiva infecte a una seronegativa a causa de la baja carga viral presente en la sangre debido al tratamiento.

Sin embargo, incluso en los países que poseen el tratamiento antiretroviral universal, como España, siguen surgiendo nuevos casos de Sida, muchos incluso con un alto grado de deterioro del sistema inmunitario de los enfermos. Factores psicológicos como la depresión, la negación de la enfermedad y el miedo a los efectos secundarios de los medicamentos ya fueron descritos por muchos expertos como decisivos para el desarrollo del Sida en la población seropositiva en general. El diagnóstico tardío también es un grave problema, porque muchos de los enfermos de Sida solo descubren que fueron infectados por el virus VIH después de haber desarrollado la enfermedad más grave, lo que empeora muchísimo la sobrevida, a pesar del tratamiento.

Pero es importante considerar que cuando se ha hecho referencia en las entrevistas a los inmigrantes seropositivos que ya hayan desarrollado el Sida, los participantes, señalaron de manera consensual que los factores más

determinantes son los relacionados con el problema de la exclusión social asociado a la drogodependencia, al alcoholismo y la vida callejera, como también, al desarraigo social y deterioro físico que estos problemas conllevan. El fragmento de discurso a continuación ejemplifica bien este cuadro:

Los casos de Sida que más me llegan son los más desestructurados, que son los que necesitan una intervención de la trabajadora social de una forma más efectiva, veo sobre todo gente sin techo, alcohólicos, toxicómanos, gente que ya está muy degradada por la vida callejera, estoy viendo pues que esas personas se acaban poniendo enfermas por la condiciones de desarraigo y desestructuración a las que están sometidas, esta gente está completamente excluida de la sociedad (Entrevista n°5; Trabajadora Social)

La susceptibilidad de los inmigrantes en situación de exclusión y desarraigo social al desarrollo del Sida puede estar asociada a muchos factores como la pobreza, la falta de información, las secuelas psicológicas resultantes del abuso de alcohol y drogas, el compartimiento de jeringuillas y incluso a las conductas de riesgo facilitadas por las condiciones de vida de estos individuos. Estos grupos más vulnerables socialmente también son más vulnerables a la enfermedad del Sida. Las políticas públicas, como también las ONGs, tienen un papel fundamental para el control de estos casos, considerando que este es un grupo minoritario, de intensa convivencia mutua, lo que estadísticamente facilitaría la proliferación de las infecciones entre sus miembros si estos no se previenen.

Los participantes también han dado énfasis a las conductas de riesgo como el principal factor de vulnerabilidad a infección por VIH en la población de una manera general, independientemente de del grupo de afiliación de los individuos como se puede ver en el fragmento de discurso a continuación:

Yo creo que la vulnerabilidad tiene que ver con la conducta, a una conducta sexual de riesgo y sin protección, o sea, tiene que ver con relaciones sexuales sin protección que pueden resultar en un embarazo o en una infección por VIH, esto está más que sobreañadido. Muchos llegan aquí y pues tienen sus necesidades sexuales y a lo mejor encuentran a una pareja no usan el condón y ahí es donde se infectan. (Entrevista n°1; Enfermera).

Esta perspectiva está basada en la idea de que los inmigrantes no serían más susceptibles a la infección por VIH que los ciudadanos autóctonos y transfiere el núcleo de la problemática para el nivel actitudinal. La vulnerabilidad, según esta visión, dependería de la adopción o no de conductas de riesgo, así como del nivel de información sobre la enfermedad, al género, la situación socio-económica y educacional de la persona. Esta ha sido una perspectiva muy defendida por los profesionales del ámbito social que consideran la vulnerabilidad al VIH/Sida más vinculada, a la vulnerabilidad social y a los problemas y necesidades que ella conlleva, que a un grupo específico, como los inmigrantes por ejemplo.

Todavía dentro de esta perspectiva, es importante resaltar que el género ha sido considerado, de manera consensual, un importante factor de vulnerabilidad a la infección por VIH. Esta idea ha sido basada, no solo en los datos epidemiológicos que apuntan en casi todo el mundo un incremento en el número de mujeres infectadas por el virus VIH, pero también en la propia experiencia de estos profesionales que han comprobado este fenómeno en el ámbito cotidiano de sus actividades.

Con respecto a la vulnerabilidad de la mujer al VIH, dos aspectos principales han sido destacados como factores de vulnerabilidad a la infección: el machismo y la identificación de la pareja estable como forma de prevención.

El primer aspecto denota un rasgo histórico-cultural, en el cual las mujeres han desempeñado históricamente un papel de subyugación a sus parejas del sexo opuesto. El paradigma de la igualdad entre los sexos es algo muy reciente en términos longitudinales en la historia y, aun así, es una utopía para pueblos de numerosas culturas alrededor del mundo. De esta forma las sociedades y religiones han retroalimentado la idea de que las mujeres deberían someter su sexualidad a la procreación y a las voluntades de sus parejas, lo que ha producido una identificación difícil de anular hasta en sociedades consideradas desarrolladas.

Una parte importante de la vulnerabilidad de la mujer con respecto a la infección por VIH tiene que ver con el Machismo. Con el hecho de que ella no elige usar el condón y además hay una situación de sometimiento con respecto a la otra persona. Por aquí han pasado también mujeres seropositivas asiladas que han sufrido pues de guerras, que han sufrido violaciones. (Entrevista n°4; Trabajadora Social).

El segundo aspecto, ya mencionado en la categoría discutida anteriormente, se refiere a la identificación de la pareja estable con la no exposición al virus VIH. De acuerdo con los participantes esta creencia errónea deja muchas mujeres vulnerables a las prácticas sexuales de riesgo de sus parejas y es una de las causas más importantes de infección para el sexo femenino en las sociedades alrededor del mundo. Un importante porcentaje de las mujeres seropositivas han sido infectadas por sus respectivos cónyuges y muchas de estas solo descubren que están enfermas con la muerte o deterioro de las salud de sus parejas. La citación a continuación ejemplifica muy bien esta situación:

El tema es que las mujeres dejan de usar condón con sus parejas. En general la mujer, da igual si es inmigrante o española, tiene más riesgo con su propia pareja que con las relaciones que mantenga fuera, esporádicas, porque en las esporádicas ellas se protegen y con la pareja le da como la confianza. Creerse que una pareja heterosexual, legal, puede proteger contra el VIH es un factor cultural que tiene que deshacerse inmediatamente, eso por medio de la educación y prevención. (Entrevista n°9; Trabajadora Social).

Acabar con esta identificación se ha convertido en una pauta de prevención en muchos países, así como el uso de preservativos entre personas mayores de 50 años y entre los adolescentes. Estos tres grupos han pasado a

representar los baluartes de la prevención al VIH debido al aumento de infecciones en ellos observado en los últimos años.

Una identificación semejante a la observada en las mujeres, también ha sido verificada entre las profesionales de sexo, que según los participantes, suelen asociar el condón al trabajo y el sexo sin protección al placer. Este sería el núcleo central de la problemática de la vulnerabilidad al VIH en profesionales del sexo, que de forma diferente de lo que propaga el sentido común, suelen protegerse en las relaciones sexuales profesionales. Sin embargo, en las relaciones afectivas estas mujeres acaban abriendo la mano en las prácticas preventivas, lo que les expone no solo al VIH sino también a otras enfermedades sexualmente transmisibles.

Las mujeres que trabajan en la prostitución llevan mucho cuidado con los clientes, igual que los hombres que se prostituyen también, pero casi siempre se descuidan en su vida privada, más que en el trabajo. Lo que hacen efectivamente es una identificación: cuando no es trabajo y busco placer no uso condón! Eso es lo que hay que romper yo creo, porque realmente es difícil cuando uno asocia placer a no condón, que es con lo que siempre estamos luchando!! Eso ha sido desde el inicio nuestro caballo de batalla: quitárselos esta identificación. (Entrevista n°7; Psicólogo).

Es importante observar que la identificación realizada por las profesionales del sexo no se diferencia de la realizada por las mujeres en general y está vinculada a los mismos factores históricos-sociales desencadenantes.

También se debe considerar que la antigua idea de grupos de riesgo y el estigma que ha vinculado el VIH/Sida a los homosexuales ayuda a mantener este tipo de creencias erróneas, que perduran en el seno de la sociedad. Junto a ellos hay que añadir la idea, también equivocada, que el Sida es una enfermedad bajo control, que ya no mata, con tratamiento gratuito y sin graves alteraciones en la vida cotidiana. Este tipo de idea justifica un relajamiento de las prácticas de prevención en todos los grupos sociales, sobre todo entre los jóvenes, que no han vivenciado los períodos más terroríficos de la enfermedad.

La dimensión afectiva también ha sido evocada como un factor de vulnerabilidad a infección para los inmigrantes, principalmente para los de orientación homosexual. La falta de vínculos sociales, la carencia afectiva, las dificultades impuestas por el proceso migratorio y la necesidad de integrarse pueden hacer a las personas más susceptibles a los nuevos vínculos afectivos, lo que puede resultar en relaciones sin protección. Esta vulnerabilidad no solo se refiere a las relaciones sexuales sin protección, pero también a otros tipos de problemas como pueden ser los abusos y la propia violencia de género. En otras palabras, debido a la necesidad de vínculos afectivos los individuos acabarían siendo susceptibles a la necesidad de relaciones afectivas y sus demandas.

Yo pienso que en contextos tan homofóbicos como los que vivimos en el mundo ser un hombre gay implica vulnerabilidad sí o sí. No solo porque sea más fácil tropezarte con otro hombre seropositivo en un encuentro esporádico por cuestión numérica, que lo es, sino también porque hace que en un momento u otro te refugies en una supuesta pareja que te va a quitar de encima toda esa pena, sobre todo las personas inmigrantes y que no tienen tanto apoyo... (Entrevista n°4; Trabajadora Social).

A pesar de los cambios en las concepciones acerca del VIH/Sida en la actualidad, los homosexuales todavía se ven como un grupo especialmente vulnerable a la enfermedad. Esta vulnerabilidad es, de acuerdo con los participantes, consecuencia de la marginación a que muchos de los homosexuales están sometidos. Se ha podido verificar que la asociación entre VIH/Sida e inmigrantes homosexuales está en su mayor parte pautada en el tema de la homofobia, que en muchos países latinoamericanos es muy acentuada. En España, a pesar de los avances sociales y educativos, algunos grupos de homosexuales como los transexuales también llevan una vida marginada y vinculada principalmente con la prostitución, lo que también contribuye para la vulnerabilidad de este colectivo a la seropositividad al VIH.

Sin embargo, se necesitaría una investigación que focalizara este tema de forma más profundizada para que los determinantes de esta vulnerabilidad fueran comprendidos de manera más detallada. No solo la homofobia, la prostitución, la marginación y el factor numérico son los determinantes de la vulnerabilidad al VIH en los colectivos de homosexuales independientemente de que sean inmigrantes o no. Habría que estudiar más

detenidamente las prácticas sociales, comportamientos sexuales y características grupales de los colectivos homosexuales, para de esta manera elaborar un análisis más fidedigno de la cuestión.

El ejemplo que proponemos es muy ilustrativo para acabar el análisis de la vulnerabilidad al VIH/Sida en inmigrantes, en ello se puede observar de manera resumida las principales ideas evocadas en esta subcategoría.

Si uno es inmigrante, ya son un, ejerce la prostitución dos, y si eres mujer ahora ya son tres. Además si eres gay ya son cuatro y si eres transexual pues ya son cinco, seis, más. Porque ser un transexual implica, como normalmente son transexuales femeninos, implica que además eres mujer, porque aunque no sea se ha convertido. A mi me decía una trans que pasar de ser hombre a ser una mujer es bajar un escalón en la sociedad. (Entrevista n°4; Trabajadora Social).

4.3.3. Afrontamiento de la seropositividad en el Contexto de la Inmigración

El afrontamiento de la seropositividad al VIH es un proceso complejo formado por varias etapas que van desde el diagnóstico, pasando por la aceptación de la infección hasta la adherencia o no al tratamiento antiretroviral. Sin embargo, es también objetivo de este análisis verificar en que medida la condición de inmigrante puede afectar el afrontamiento en todas sus dimensiones.

Es importante recordar que la condición de inmigrante no se constituye por sí misma en un matiz a la hora de uno afrontar la seropositividad. Sin embargo, se ha podido verificar que algunos factores como la situación socioeconómica, la cultura, el nivel educacional y de información pueden actuar como condicionantes en el proceso de afrontamiento para los inmigrantes.

A nivel de inmigración yo es que no le veo tanta diferencia con respecto a los comportamientos que puedan tener los VIH enfermos Sida de España. Lo que sí que veo es que ellos tienen menos recursos sociales y más problemas para acceder a estos recursos. A nivel global los inmigrantes que tienen algún tipo de problema que puede desembocar en una enfermedad aguda y que necesita de una atención, pues luego la respuesta que tienen a nivel social es bastante más difícil que tiene una persona que sea española, porque sí que están más vulnerables. (Entrevista n°5; Trabajadora Social).

Desde luego, hay que tener en cuenta que el individuo tiene una historia, una cultura, se inserta en un contexto social y todos estos aspectos interactúan de maneras distintas de acuerdo con la idiosincrasia de cada persona y con las contingencias impuestas por cada caso.

Sin embargo algunos aspectos psicosociales vinculados a la inmigración en España se han mostrado determinantes para la comprensión del proceso de afrontamiento en este contexto. Las interlocuciones que tratan de estos aspectos han sido agrupadas en la forma de subcategorías empíricas que serán analizadas a continuación.

4.3.3.1. Acceso al Sistema Sanitario

El tema de la accesibilidad a los servicios sanitarios es el punto de partida para el proceso de afrontamiento de la seropositividad al VIH. Para los inmigrantes, el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la enfermedad dependen de sus condiciones de acceso a los servicios de salud, lo que confiere extrema relevancia al contenido de esta subcategoría

El actual periodo de crisis financiera está afectando a los presupuestos públicos y, como consecuencia, el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario, sobre todo los que se encuentran en situación irregular. El argumento de que es injusto que los inmigrantes ilegales, que no trabajan y así no cotizan a la seguridad social, tengan el mismo acceso al sistema sanitario que los ciudadanos autóctonos, ha sido usado para justificar algunos cambios propuestos por el actual gobierno en lo que se refiere a la política de accesibilidad a la salud pública para los inmigrantes. La previsión es que estos cambios serán puestos en marcha todavía en 2012, lo que puede afectar el principio de universalidad, aspecto que ha caracterizado la atención sanitaria en España hasta la actualidad.

Los recortes de los presupuestos destinados a la atención sanitaria fueron previstos por los entrevistados como se puede observar en la citación siguiente:

Bueno ya veremos el festival de recortes que van a montar los políticos con la excusa de la crisis, de momento el tratamiento está asegurado y la gente que tiene VIH en España tiene un acceso normal al tratamiento (Entrevista n° 8; Trabajadora Social).

Los cambios, en la política de accesibilidad a la salud pública para los inmigrantes, han llamado la atención por el posible impacto en el Estado de Bienestar Social de estos colectivos y por las posibles consecuencias negativas que pueden producir a nivel de la sociedad en general.

En primero lugar, se propone que los inmigrantes irregulares no tengan derecho a la tarjeta sanitaria, debiendo acudir a las urgencias en caso de problemas de salud, en segundo lugar, el gobierno pretende no ofrecer el tratamiento antirretroviral a los inmigrantes irregulares, que no cotizan, dejando esta tarea a cargo de las organizaciones no gubernamentales. Tales propuestas han generado críticas de la sociedad civil y de las organizaciones de derechos humanos en todo el país.

El primero cambio puede generar un colapso en los servicios de urgencia, en la medida que va institucionalizar su uso abusivo. El uso de los servicios de urgencia ya era un hábito frecuente entre los inmigrantes que no tienen la tarjeta sanitaria. La segunda propuesta puede afectar profundamente el control de la infección por VIH/Sida, una vez que la epidemia se encuentra bajo el control, en gran medida, debido a los

tratamientos antiretrovirales, que bajan expresivamente la carga viral de los seropositivos, llegando a niveles indetectables, lo que dificulta la infección mismo en relaciones desprotegidas.

Impedir el acceso de los inmigrantes al tratamiento del VIH/Sida gratuito puede repercutir en un importante repunte de nuevos casos de Sida y en nuevas infecciones tanto en inmigrantes como en autóctonos, considerando que ambos grupos se relacionan sexualmente independientemente de lo que plantean las políticas gubernamentales. Además, estos cambios intentan traspasar a las ONG's una tarea que es responsabilidad del Estado y para la cual estas organizaciones no están preparadas, lo que puede afectar su capacidad de actuación en otros aspectos, así como la calidad de los tratamientos antiretrovirales ofrecidos a esta población.

Sin embargo, a pesar del carácter universal preconizado por el sistema de salud español, muchos colectivos de inmigrantes ya encontraban barreras a la hora de acceder a la tarjeta sanitaria, antes mismo de las propuestas de cambios anunciadas recientemente por el gobierno, lo que llevaba a muchos extranjeros, que no podían pagarse un seguro privado, a los servicios de urgencias, como se ha podido observar en el fragmento de discurso que presentamos:

Para acceder al sistema de salud, pues mira, la verdad es que ellos tienen muy mal. Necesitan tener documentos y estar empadronados. Aunque que consigan acceder, los que tienen documentos, pero la tarjeta que se les dan es temporaria, es la que dan a personas sin recursos y ahora les va a quitar. No sé de que manera pero sí que les van a quitar con los recortes (...) Es universal en realidad solo en puertas de urgencias. Solo para urgencias. Con lo cual nos encontramos con que la persona llega, se hace analítica, tienen el diagnóstico, y si el CIPS no lleva su seguimiento o su tratamiento se quedan en el aire (...) se destaca como una caja de truenos y en seguida le dices pero no vas a tener la atención, que necesitas tener (Entrevista nº 6; Trabajadora Social).

Pero sí que es cierto que por los servicios de urgencias suelen ingresar mayormente los inmigrantes... Pero una vez que se ingresa y entra en el sistema sanitario es una persona a más, independientemente de que sea de Rumania, o sea de donde sea, entonces se atiende la enfermedad. (Entrevista nº 5; Trabajadora Social) .

Esto ejemplos demuestran como se ha dado el acceso a la atención sanitaria para muchos de los inmigrantes irregulares o sin trabajo en España hasta entonces. Es importante subrayar que las barreras encontradas por estos colectivos hasta el momento han estado relacionadas con el derecho a la tarjeta sanitaria, punto de partida para todo el proceso de atención a salud e imprescindible para el acceso a los medicamentos, que en España están subsidiados casi completamente por el Gobierno. Pero también se debe aclarar que cualquier persona, sea autóctono o extranjero, una vez ingresado en el sistema hospitalario tiene el diagnóstico y el tratamiento asegurados. Las mayores dificultades surgen a posteriori, en lo que se refiere al seguimiento del tratamiento y el acceso a los medicamentos. Los cambios propuestos actualmente oficializan las barreras, que ya estaban impuestas a

los inmigrantes indocumentados, ilegales y sin trabajo, hecho destacado por los profesionales entrevistados, que en muchos casos han tenido que tramitar el acceso de algunos inmigrantes a la tarjeta sanitaria recurriendo a pedidos de asilo por cuestiones humanitarias relacionadas con la salud.

Asimismo algunos colectivos, como los inmigrantes de Europa del Este, pasaron a tener serias dificultades para acceder a la tarjeta sanitaria y conseguir el tratamiento para enfermedades crónicas como pueden ser la tuberculosis o el VIH/Sida desde que sus países de procedencia fueron integrados a la unión europea y a la zona Euro, debido a legislación española de acceso a la sanidad aplicada para los ciudadanos comunitarios, como se puede observar en el ejemplo expuesto a continuación:

Creo que para las personas de África es todavía más fácil que para los de Europa del Este, como Rumanía Bulgaria. Por hacer parte de la unión europea se les exige una declaración que indique que en su país no tienen derecho al tratamiento (...) parece que nos es fácil para ellos conseguir este documento allí. Para acceder a la tarjeta sanitaria hay que tener una tarjeta europea, que allí no es tan fácil conseguir... (Entrevista nº 10, Médica).

El caso de los pacientes de Europa de Este es muy ilustrativo para entender como ciertos mecanismos burocráticos pueden actuar como barreras al acceso de los inmigrantes a la tarjeta sanitaria y como consecuencia al sistema de salud. Los inmigrantes ilegales, que no hayan cotizado a la seguridad social, también encuentran muchas dificultades, así como los indocumentados y las personas en situación de deterioro psicosocial,

quedando estos en su mayoría dependientes del sistema de urgencias y de los servicios prestados por las ONG's.

Desde el punto de vista del afrontamiento, la accesibilidad al sistema de salud es muy importante para los inmigrantes, porque puede afectar todo el proceso de tratamiento, tanto en lo que se refiere a su dimensión psicológica como en su aspecto operacional. Un sistema sanitario que impone barreras a los grupos sociales más vulnerables puede influir negativamente en el cuadro epidemiológico de las infecciones por VIH. Además de afectar de manera importante la calidad de los tratamientos y todo el proceso de aceptación de la enfermedad para los inmigrantes.

4.3.3.2. El proceso de Diagnóstico

El diagnóstico de la seropositividad al VIH puede causar un impacto devastador en la vida de las personas que lo hayan vivenciado. A pesar de los innumerables avances en el tratamiento y en el conocimiento acerca de la infección y su prevención, el momento del diagnóstico ha sido descrito de manera consensual por los participantes como extremadamente duro, exigiendo una intensa actuación por parte de los profesionales que estén involucrados en la situación. Sin embargo, algunas evidencias observadas por estos profesionales indican que cuando el diagnóstico ocurre en el contexto

de la inmigración este puede tener un impacto todavía más catastrófico, debido a las circunstancias propias de la inmigración.

De esta manera, han sido mencionados por los participantes algunos aspectos del proceso de diagnóstico vivido en este contexto, considerados determinantes para el afrontamiento de la infección y su posterior aceptación. Los problemas recurrentes del propio proceso migratorio, las diferencias culturales, los niveles de educación y de información previos sobre la enfermedad, así como la noción de riesgo asumida. De acuerdo con los discursos analizados estos son los factores que deben ser controlados y trabajados, según los profesionales entrevistados, para un manejo satisfactorio de la situación de diagnóstico, así como en la orientación del paciente para la realización adecuada de los controles y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo estos aspectos también representan los mayores retos para ser enfrentados por los profesionales en la actuación con la población inmigrante debido a su heterogeneidad.

Da igual que la persona sea de aquí o no, es un palo muy gordo, es una pérdida en la vida. Una pérdida que hay que llorarla, es una pérdida de salud, pero sí que es cierto, la prevención, el concepto de la enfermedad, la cultura previa, lo que pasa en su país con el tema del VIH, va incidir mucho en como uno actúa cuando recibe la noticia. Da igual que estés ahora en un país que tiene el tratamiento gratuito, da igual también que estés en un país donde más o menos respecta los derechos humanos. Da igual que la ley te proteja por tu situación de salud (...) siempre va a ser duro! Pero va a pesar mucho como se viva en tu país. La cultura sanitaria previa condiciona mucho (Entrevista n° 4; Trabajadora Social)

El ejemplo presentado es muy rico, pues en ello se ha podido observar la síntesis de las principales ideas que han orientado los discursos de los entrevistados con respecto al diagnóstico de VIH/Sida en inmigrantes. El primero aspecto evidenciado es relativo al impacto que supone recibir un diagnóstico de esta naturaleza, pues independientemente de las condiciones socioculturales del individuo, el diagnóstico afecta directamente al estado emocional de las personas que lo tienen que afrontar, produciendo en éstos, desde estados de depresión hasta la negación de la infección.

En este sentido la actuación de los profesionales involucrados en el proceso de diagnóstico es de extremada relevancia. De acuerdo con las prácticas profesionales llevadas a cabo por los entrevistados, las intervenciones en el momento del diagnóstico deben ir en la presencia de las ideas de muerte, de pérdida de futuro, todavía muy arraigadas al VIH a pesar de los avances en los tratamientos que proporcionan mejor calidad de vida a los seropositivos. La actuación debe orientar a los pacientes en cómo actuar en el ámbito sanitario, explicarles el mecanismo de funcionamiento de la enfermedad, así como los procesos que ella supone, informarles sobre la real situación de los tratamientos disponibles y las reales posibilidades de llevar una vida más o menos normalizada. Estas intervenciones buscan amenizar el impacto del diagnóstico y demostrar las reales posibilidades de una vida sana, aunque las sensaciones de pérdida y luto sean inevitables y deban ser

respectadas como parte evolutiva del proceso de afrontamiento, consideradas normales debido a lo que representa estar infectado por un virus que produce una enfermedad incurable que lleva consigo un fuerte estigma y prejuicio aún en la actualidad.

La elaboración de lo que significa ser seropositivo también va depender de la cultura de la persona, como también de las informaciones previas sobre la enfermedad y su prevención. De acuerdo con esta idea, las personas que conocen más la enfermedad y provienen de culturas con más información sobre VIH/Sida, donde la enfermedad ya nos está tan asociada a la muerte, llevarían mejor el diagnóstico y afrontamiento de la enfermedad, que aquellos que pertenecen a culturas donde el VIH/Sida todavía están asociados a la muerte y al castigo. Para estos tener VIH/Sida supone además de la muerte física una completa muerte social, lo que les lleva a vivir la enfermedad en total soledad como única alternativa al rechazo social.

Por fin, es importante resaltar que la noción de riesgo que cada persona tiene de sus comportamientos sexuales también pueden influir en la manera de recibir y afrontar el diagnóstico del VIH. Las personas que ya tienen sus comportamientos sexuales evaluados y conocen las prácticas de prevención al VIH suelen elaborar los diagnósticos de seropositividad, de acuerdo con los entrevistados, de manera más rápida que las personas con pocas nociones de prevención o cogidas de sorpresa, como es el caso los

diagnósticos tardíos debido a las infecciones oportunistas resultantes del Sida. Este aspecto resalta la importancia de la anamnesis sobre los riesgos a que hayan estado expuestos los pacientes previamente a las pruebas, con la finalidad de informar al paciente sobre los riesgos a que puedan haber estado expuestos, como también, explicarles sobre la enfermedad, su tratamiento, para tranquilizar y prepararles para la situación de diagnóstico. Este trabajo previo ha sido mencionado por los profesionales de salud como un primer paso importante en el amplio y largo proceso de afrontamiento del VIH/Sida, con todas sus etapas y barreras.

Porque cuando se entera una persona que tiene Sida, que es seropositiva dicen: los tratamientos son no sé como, yo voy a tener que usar preservativo con mis parejas, luego el tema de los niños, es que no voy a poder tener hijos. Es como una ruptura del proyecto de vida tan brutal, que para los pacientes es super difícil de asumir. Es como que es el final! (Entrevista n° 9; Trabajadora Social)

La ruptura del proyecto de vida y los cambios de vida necesarios para el paciente, en el que debe adaptarse al tratamiento y para prevenir la infección de sus eventuales parejas, también fueron evocados por los participantes como dos importantes aspectos relacionados al proceso de afrontamiento de la enfermedad, manifestados sobre todo en el momento del diagnóstico, cuando el individuo, delante del conocimiento de la infección, demuestra sus miedos y inseguridad a cerca del futuro.

A partir de estas informaciones obtenidas a través de los discursos de profesionales que están involucrados a esta temática en sus ámbitos cotidianos, se puede inferir que las dimensiones Afectiva y Psicosocial son las más afectadas en momento del diagnóstico de seropositividad, pues salvo en los casos donde hay la presencia del Sida y algún deterioro físico, donde la dimensión biológica también gana fuerte relevancia. Sin embargo muchos diagnósticos de seropositividad ocurren en personas sanas, donde no hay presencia de importante deterioro del sistema inmunitario, hecho que traslada inevitablemente la problemática para las dimensiones simbólica y psicológica.

¿Qué significa tener VIH en nuestro mundo contemporáneo? ¿Qué estigmas trae en si misma esta enfermedad? Estas son preguntas que invariablemente permanecen en la cabeza de las personas infectadas por el VIH. Hay un famoso refrán que ha sido utilizado en los programas de prevención y que se ha popularizado muchísimo donde se dice “el VIH no mata, lo que mata es el prejuicio”.

Vale destacar que el prejuicio es solo uno de los aspectos relacionados al estigma que involucra el concepto del VIH/sida. La dimensiones afectiva y psicosocial son extremadamente importantes y deben ser consideradas como principal objeto de atención para los profesionales que manejan la situación de diagnóstico. Un buen acogimiento en el diagnóstico puede ser fundamental para una posterior adaptación favorable de los

proyectos de vida a la nueva realidad y como consecuencia y mejor afrontamiento de la enfermedad.

4.3.3.3. El Tratamiento

Con respecto al afrontamiento del VIH/Sida en el contexto de la inmigración, según la opinión de los participantes, el tratamiento es uno de los aspectos que debe ser observado más atentamente, porque además de ser fundamental para el mantenimiento de la calidad de vida del paciente, es la única manera de impedir el desarrollo del Sida. El tratamiento antiretroviral es una importante herramienta de prevención de nuevas infecciones. Sin embargo, en el contexto de la inmigración, lo que todo indica es que el seguimiento del tratamiento presenta características y barreras relacionadas con la propia condición del inmigrante.

Aspectos como las diferencias culturales, la barrera idiomática, la situación irregular y la heterogeneidad entre los colectivos inmigrantes tanto a nivel educacional, como de información sobre el VIH/Sida, imprimen al tratamiento de la enfermedad, en estas circunstancias, una serie de características propias que pueden dificultar la evolución adecuada del tratamiento llegando hasta el abandono.

Influye sobre todo en una mala adherencia al tratamiento, pues les decimos que aquí el tratamiento es gratis, se les atiende inmediatamente, pero claro muchos no vienen a consulta, porque el que tiene trabajo piensa que se falta un o dos días lo van a echar del trabajo. Por eso a lo mejor no vienen por la medicación, o no vienen a la consulta. Entonces tienen un porcentaje despreciable, una mala adherencia y un mal seguimiento por que están trabajando. Muchos trabajan por temporadas y claro si tienen que perder un día de trabajo van a contratar a otro. Porque es así! Además voy a tener que pagar el autobús y además, aunque les des la medicación gratis claro no les pagas estos gastos. (Entrevista n° 3; Médico).

En este fragmento de discurso ha destacado el primer factor que puede influir en la no adherencia al tratamiento: los problemas laborales. La mayoría de los entrevistados han relatado, casi de manera consensual, que los inmigrantes tienen más dificultades que los autóctonos a la hora de acudir a las consultas médicas por problemas laborales. Se ha discutido en apartados anteriores de esta investigación una serie de problemas vinculados a la dimensión laboral, a los que los inmigrantes económicos tienen que enfrentar a diario: como los bajos salarios, la explotación, los subempleos y la falta de amparo legal debido la situación de irregularidad a que muchos están atrapados. De esta manera muchos inmigrantes acaban no acudiendo a las citas médicas y abandonando el seguimiento de los tratamientos, primero por miedo a perder el empleo, y segundo por miedo a que el estigma y los prejuicios asociados a VIH/Sida les afecte en el trabajo.

El prejuicio ante el paciente seropositivo en el ambiente de trabajo todavía existe y, a lo que todo indica, afecta muchísimo a los colectivos de inmigrantes seropositivos, que como ya ha sido debatido anteriormente,

tienen añadido al estigma de ser un inmigrante económico el estigma de ser seropositivo. Este ha sido un tópico considerado relevante y ampliamente debatido, sobre todo por los médicos entrevistados, que han mencionado en varias ocasiones las dificultades para conciliar el trabajo duro al seguimiento del tratamiento antiretroviral. Los efectos secundarios de la medicación también han sido mencionados como un factor que afecta mucho al desempeño de los inmigrantes en sus trabajos, lo que ha evidenciado los efectos secundarios como un importante factor de no adherencia al tratamiento.

Además de los problemas laborales, algunos colectivos de inmigrantes también tienen en el idioma una barrera a la hora de llevar adelante los controles y el tratamiento del VIH/Sida. La pluralidad cultural y étnica, que caracteriza la inmigración presente en España, dificulta la actuación de los profesionales de salud, que necesitan transmitir las pautas de tratamiento y las informaciones indispensables para un buen seguimiento del mismo. Otro punto que puede ser perjudicado por la barrera idiomática es la propia relación médico-paciente, muy importante para el acompañamiento de las enfermedades crónicas, que invariablemente imponen una convivencia larga entre las partes involucradas y que fluye mejor en una atmósfera de confianza y relativa intimidad. De esta manera las dificultades en la comunicación pueden distanciar los interlocutores y enfriar la relación

establecida entre ellos, lo que puede repercutir en equívocos a la hora de establecer las pautas de tratamiento y hasta el abandono del mismo, como se puede observar en el ejemplo a continuación:

Luego la dificultad idiomática también influye mucho, porque les dices una cosa, se les explica y: sí! Si! Luego te das cuenta de que no han entendido nada. Toman la medicación al revés, dejan de tomar, vienen a la farmacia y se lían, les decimos cosas y pues no nos entienden, entonces la dificultad idiomática influye. Luego si lo entienden bien y se lo explicas bien pues igual el paciente africano es buen cumplidor y sin embargo es más relajado es el paciente centro-sudamericano. Los del Este es que son muy suyos. Digamos que un poco deciden ellos, son muy autónomos a la hora de decidir no, un poco prepotentes. (Entrevista n°2; Médica)

También se ha podido observar en el anterior fragmento de discurso como se destaca la existencia de imágenes y estereotipos que vinculan algunos colectivos de inmigrantes a determinadas actitudes que pueden afectar el tratamiento del VIH/Sida. Estas imágenes están asociadas a la idea de que un buen o mal seguimiento del tratamiento puede estar relacionado con la cultura o país de donde provenga el inmigrante. De esta manera la imagen asociada al paciente VIH inmigrante está profundamente asociada a la imagen y representaciones sociales producidas en el país de acogida a cerca de su cultura, como se ha podido observar en el fragmento del discurso anteriormente analizado. Este aspecto lleva a inferir que estas imágenes pueden no reflejar un dato real, pero sí presentar una serie de

generalizaciones pautadas en los estereotipos que son fácilmente propagados por las sociedades.

Es importante resaltar que esta idea no ha sido consensual y tampoco ha reflejado la mayoría de las opiniones de los entrevistados. Ha sido evocada también la opinión de que los problemas en la adhesión al tratamiento pueden estar más relacionados con el nivel de desestructuración en la vida de los inmigrantes, sus hábitos, así como sus propias características personales, que con su cultura o país de origen, como se puede verificar en el fragmento de discurso a continuación:

... mala pauta de adhesión al tratamiento, no lo relaciono yo con la origen. Yo creo que tiene que ver más con la desestructuración y con conductas de riesgo. No con la cultura. Yo creo que está relacionado con un habito, personas que tenga hábitos de autocuidados, de higiene, de comida, lo que sea... está relacionado con los hábitos y luego también con la desestructuración de la vida, porque yo los casos que tengo de abandono de tratamiento ya con una enfermedad establecida suelen ser personas que ya están en la calle. Luego otras personas al principio les puede costar más al principio de iniciarlo, por los efectos secundarios pero esos casos suelen ser al principio y luego en seguida pues se pueden retomar. (Entrevista nº 9; Trabajadora Social).

Sin embargo, es importante destacar que para los entrevistados el afrontamiento del VIH/Sida es un proceso que tiene etapas que necesitan ser transpuestas cada una a su tiempo. Las formas como las personas van a reaccionar a estas etapas son muy variadas y dependen de varios factores que

transcenden la origen étnica o cultural. Evidentemente algunos aspectos relacionados a la cultura y a la representación del VIH/Sida en esta cultura influyen en la manera como los individuos reaccionan delante de un diagnostico de VIH, o en los miedos que por ventura sean evocados, pero no van a definir si alguien abandona o no el tratamiento. En este sentido los aspectos más concretos como las dificultades financieras, laborales, la dificultad de acceso a los tratamientos, las desestructuración personal y la propia relación medico-paciente, han demostrado ser determinantes más importantes a la hora de analizar la cuestión de la adhesión al tratamiento antiretroviral.

4.4. Análisis de las Historias de Vida

En este apartado, se presenta el análisis de cuatro Historias de Vida de hombres y mujeres inmigrantes seropositivos, provenientes de Iberoamérica y África Subsahariana. El abordaje elegido para este análisis privilegia la perspectiva psicosociológica, de forma que el enfoque dado a las Historias de Vida, se basa en la búsqueda de informaciones que se refieran tanto a la dimensión histórico-factual como simbólica, diferenciándose así del análisis autobiográfico de enfoque documental, que analiza la búsqueda de datos que reproduzcan de manera fiel un determinado evento social. Estas son las dos principales perspectivas para la utilización de las Historias de Vida como procedimiento de investigación científica, según se ha recogido en la introducción escrita por Howard Becker para el clásico de Clifford Shaw (1966) *The Jack Roller*.

Es importante destacar, que se ha elegido discutir las informaciones obtenidas a partir de los Historias de Vida de los inmigrantes seropositivos, de esta forma también se ha podido hacer un análisis comparativo entre estos testigos y las informaciones obtenidas a través de los discursos de los profesionales socio-sanitarios, en los procedimientos realizados anteriormente, haciendo de la triangulación metodológica, Grupos de Discusión – Entrevistas – Historias de Vida, una forma de legitimar la

conurrencia de las informaciones obtenidas en todas las etapas del estudio, asegurándose y permitiendo una comprensión más dinámica de los factores asociados al afrontamiento de la seropositividad al VIH en el contexto de la inmigración.

Según Haguette (2007), Este cuidado en contrastar las informaciones extraídas de las narrativas de vida con los demás procedimientos, corroborándolos con los datos factuales, no excluye la dimensión simbólica, intrínseca a las interlocuciones sociales y que también son de extrema importancia a la hora de analizar los fenómenos sociales, sobretodo dentro de la perspectiva de la investigación psicosociológica. De esta forma, el análisis desarrollado a continuación considerará las dimensiones histórico-factual, semántica y subjetiva, a través de un análisis empírico e interpretativo.

4.4.1. Historia de Vida 01: Prostitución, VIH y Inmigración

“Sigo adelante por mi familia, porque mi felicidad ya está muerta.”
(FG – Hombre, 26años)

El fragmento de discurso que introduce este análisis contiene, en su composición semántica, los elementos centrales de la narrativa elaborada por FG – sigla con la que será identificado el narrador – en el intento de construir

el sentido para su historia de vida, marcada por una serie de sucesos que han resultado en la infección por VIH y en la actual condición de inmigrante seropositivo en la que vive en Valencia. Es importante resaltar que el discurso de FG está marcado por una paradoja, pues a la vez que su familia está asociada a la causa de la infección por VIH, también es la motivación por la cual el mismo, parafraseándole, “saca a delante su vida”.

La familia, la infección por VIH y la inmigración forman el núcleo central de la historia de vida narrada por FG, sin embargo la familia se ha destacado como el elemento central que ha dado sentido a los sucesos que han marcado su historia, como también, ha justificado las elecciones que el mismo hizo en su vida.

El narrador sitúa el inicio de sus problemas en una larga experiencia de abuso sexual, sufrida en silencio a lo largo de ocho años dentro del ambiente familiar. Nacido en Lima – Perú, miembro de una familia pobre, con pocos recursos, (FG) y sus padres compartían la vivienda con la familia de una tía materna, quedando al cuidado de un primo adolescente mientras sus padres y tíos trabajaban. Según el entrevistado, en este momento han empezado los abusos y violaciones por parte de su primo, como se puede observar en el ejemplo del relato mostrado a continuación:

Mi problema fue por causa de que abusaron de mí a los 7 años. Fue uno de mi familia, un primo hermano, de los siete años hasta los 15 años. No decía nada por miedo, porque me golpeaba, porque yo era solamente un niño, un chaval que no sabía nada.

Muchos de los casos de abuso sexual a menores ocurren dentro del propio ambiente familiar, o cercano a la familia y eso se puede verificar en los registros de los casos de violencia sexual a niños y niñas tanto en España como en otras partes del mundo. Este es un fenómeno ampliamente debatido por los expertos en el tema y se ha reflejado en la historia de (FG), más una víctima de este tipo de conducta inaceptable. En muchos de los casos, los violadores son los propios padres o hermanos, como también, personas de extrema confianza para los familiares como tíos, primos, cuidadores o incluso profesores, lo que resalta la vulnerabilidad inherente a la infancia y la necesidad de una red de cuidados y protección proporcionadas por el Estado, que no es ofrecida por la mayoría de los países pobres y en muchos de los países desarrollados es ineficaz.

El Estado tiene un papel fundamental en el reconocimiento de este tipo de abusos a través de acciones vinculadas al sistema educativo y de salud, así como, con la creación de redes de denuncia especializadas en el abuso sexual y violencia contra el niño y el adolescente, a las que puedan acudir los vecinos y amigos, una vez que la violencia en muchos de los casos ocurre dentro del propio ambiente familiar. Eso expone la necesidad de una

actuación efectiva por parte de los trabajadores sociales, profesionales de salud y educadores en la labor de reconocer las señales de este tipo de violencia.

Sin embargo, muchas familias con pocos recursos financieros, desinformadas sobre el problema y sin las mínimas condiciones de apoyo ofrecidas por el Estado, como por ejemplo, guarderías, escuelas en tiempo integral y una atención médica de calidad, son obligadas a dejar sus hijos solos en casa, o bajo el cuidado de personas cercanas pero sin preparación para esta tarea, como ha sido el caso de FG y de otros niños y niñas que viven principalmente en la regiones con mayores niveles de desigualdad social.

Eso pasaba en casa porque mis padres trabajaban mucho y me quedaba en la casa de mi tía, donde vivía mi primo. Mi tía también trabajaba y me quedaba solo con él, cuando llegaba del colegio me encerraba en la habitación pero él empujaba la puerta y comenzaba hacerme un montón de cosas que yo ni sabía lo que era, me ultrajaba (sacaba sangre), abusaba de mi mucho y así fue la cosa.

Este fragmento de discurso evoca los motivos que llevan a muchas familias a dejar a sus hijos solos o bajo cuidados precarios. Cuidados que, en el caso analizado, han resultado en el abuso sexual. Esta es una situación donde claramente la vulnerabilidad social, a que están sometidas muchas familias, se suma a la vulnerabilidad en la infancia. La correlación entre estos dos tipos de vulnerabilidad está involucrada en mucho de los casos de violencia sexual en esta etapa evolutiva.

Es importante resaltar la necesidad de que los familiares, educadores y profesionales de salud estén atentos a las señales, tanto físicas como psicológicas, que pueden estar asociadas a los abusos sexuales en la infancia. Pereda Beltran (2010), hizo una vasta revisión bibliográfica a cerca de las principales consecuencias psicológicas y señales resultantes del abuso sexual infantil, y las ha dividido en 5 categorías: *problemas emocionales* (depresión, ansiedad, baja auto-estima, trastorno bipolar, conductas auto-destructivas y ideación suicida); *problemas de relacionamiento* (aislamiento y dificultades de constituir pareja); *problemas de conducta y adaptación* (hostilidad y conductas antisociales); *problemas funcionales* (trastornos alimentarios, dolores físicos, somatizaciones, desordenes ginecológicas y abusos de sustancias) y, por fin, los *problemas sexuales* (sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo, maternidad temprana, revictimización y prostitución).

Se ha podido observar, en la narrativa de (FG), que el mismo ha manifestado y sigue manifestando actualmente una serie de síntomas, como los descritos anteriormente, que están relacionados con los abusos sexuales sufridos en la infancia, como se puede observar en el fragmento de discurso a continuación:

En el cole lo llevaba muy mal, me quedaba callado, no hacía amigos, lloraba mucho, por eso me quedé en el cuarto de la eso. Llamaban a mi mamá, tuvo una época que me hincaba la mano con el lapicero, en la desesperación pensaba: lo conto a mi mamá o no? Me pensaba muchas cosas sabes, en las amenazas, él decía sus morbosidades, a mi me amenazaba, que rico culo tienes (llora profundamente), también he sufrido de anorexia en la adolescencia y llegué a pesar 45 kilos.

En este ejemplo el entrevistado ha resaltado los síntomas que, en su caso, podían haber alertado a sus educadores, médicos y familiares sobre las experiencias de violencia sexual a que era sometido, sin embargo, a lo que todo indica, la falta de preparación y condiciones adecuadas de trabajo de los profesores y la falta de información y conocimiento de sus familiares para identificar el problema, han facilitado que el escenario de abusos se prolongara a lo largo de los años.

Es importante subrayar, que la dilatación en el tiempo de las experiencias de abuso sexual, violencia física y humillación puede producir cicatrices psicológicas muy profundas, dificultando aún más el proceso de superación del problema en el futuro. El diagnóstico y la intervención precoz son imprescindibles para impedir el desarrollo de disfunciones que puedan comprometer en alto grado la calidad de vida de las víctimas de este tipo de violencia.

También se ha podido observar que FG ha demostrado señales emotivas, como llantos profundos sobretodo en los momentos en que se refería al tema de la sexualidad, con respecto tanto a las experiencias vividas

en la niñez como en las vividas en la actualidad, lo que lleva a inferir que la irrupción de la sexualidad precoz a través de este tipo de experiencia de abusos, incongruente con su nivel de desarrollo psicofísico, ha dejado secuelas psicológicas profundas, que también se han reflejado en una baja autoestima, en una autoimagen negativa y en conductas auto-destructivas.

A pesar de la baja autoestima expresada por el narrador en los momentos en que se ha descrito, también se ha podido percibir en el discurso un fuerte potencial de resiliencia. El término resiliencia se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a los períodos de dolor emocional y traumas en la búsqueda de salidas positivas para sus condiciones de vida (Salazar-Pousada Arroyo, Hidalgo, Pérez-López, Chedraui, 2010). Se ha verificado que, en este caso, el potencial para la superación de los problemas también se ha basado en los sentimientos hacia la familia, sobre todo el cariño por la hermana menor, lo que confiere a la familia el protagonismo en sus experiencias personales, confiriendo un carácter ambivalente a sus relaciones familiares, como se puede verificar en su discurso:

Con el tiempo me he dado cuenta de que este no iba a matar y entonces pasé a reaccionar y decidí sacar mi vida adelante, por mi familia y por mi hermana, porque soy el mayor. Trabajé por 3 años como cajero en un centro comercial para ayudar mi familia, porque tenía que seguir adelante y de alguna manera me he podido olvidar de lo que me había pasado.

Según el entrevistado, fue justo en el momento en que decidió buscarse un nuevo rumbo para la vida que se produjo el marco divisor de su historia: el diagnóstico de VIH. Como que irónicamente la vida le ha golpeado una segunda vez en la hora que el mismo empezaba a superar lo que le había pasado en la niñez y adolescencia. De acuerdo con las palabras del entrevistado, el diagnóstico del VIH le ha cambiado la vida por completo, le ha transformado, le ha dejado sin parámetros y sin perspectivas.

Me fui al hospital cumpliendo a los 18 años, me fui hacer un chequeo porque comenzó a darme vueltas a la cabeza, a tener vómitos, me sentía mal, sentía asco a la comida (...) fue en este momento cuando me saque análisis de sangre y me llamaron a mí personalmente y me dijeron que era seropositivo, VIH. En este momento me he dado cuenta del daño que me hizo mi primo.

Como ya se ha discutido en los apartados anteriores de esta investigación y en estudios realizados por (Bueno Abad, 2008; Bueno Abad y Barros, 2010; 2011); la experiencia del diagnóstico por VIH es muy dura y representa una ruptura de los proyectos de vida de los infectados, como también, supone un encuentro con el estigma que arrastra en sí misma la enfermedad, así como, con las representaciones sociales elaboradas por la cultura sobre el fenómeno. Es importante resaltar que el diagnóstico produce una ruptura en la autoimagen e identidad de la persona, añadiendo a su espectro constitutivo un elemento que por su importancia e impacto resinifican todos los demás, en otras palabras: FG es hombre,

latinoamericano, homosexual, primogénito, pero a partir del diagnóstico, FG pasó a identificarse también como seropositivo. Es importante resaltar que el descubrimiento de la infección transforma a los demás elementos, confiriéndoles un carácter distinto, que todavía sigue siendo influenciado por la historia de la enfermedad y los prejuicios a que han padecido y siguen padeciendo los que sufren con ella, incluso en la actualidad.

Quando descubrí fue horrible, comencé a gritar, a llorar. Me dijeron: FG no te sientas mal que esto te va afectar un poco, que tuviera paciencia, que lo tomara con calma (llora profundamente por un largo período). Dicen que podemos tener una vida normal, pero no es así, por dentro ya no eres el mismo, te sientes diferente, eres otro (...) Es como se a partir de entonces soy otro, soy una persona marcada, no soy una persona común.

En este fragmento de discurso se ven reflejados el impacto, la desesperación, el miedo, el cambio en la identidad y la incongruencia entre el discurso medico, propagado en la actualidad, y la realidad de quienes experimentan en la piel un diagnóstico de esta naturaleza. La seropositividad para FG es una marca, un matiz que a partir de entonces ha pasado a mediar la manera como él mira a sí mismo y como, supuestamente, le miran los demás. Es un punto de inflexión que, según sus palabras, le ha afectado más subjetivamente que físicamente, a pesar de los efectos adversos causados por los antirretrovirales y de la debilidad inmunitaria que produce el virus. Se denota que los cambios de vida y las adaptaciones necesitan un tiempo para ser digeridas y comprendidas por los afectados, siendo los profesionales

involucrados en este proceso fundamentales para la superación de esta primera fase del afrontamiento, como se ha discutido en el apartado de las entrevistas con los profesionales.

El proceso de afrontamiento empieza, en el momento del diagnóstico, a través de la acogida realizada por los profesionales sanitarios, de las redes de apoyo social y de la familia, sin embargo, el caso de FG corrobora la soledad vivenciada por la mayoría de los diagnosticados que prefieren vivirlo en silencio a contárselo a los demás, por el miedo al rechazo y al prejuicio incluso dentro del ambiente familiar. Factores subjetivos y las contingencias en la vida de cada persona influyen en la decisión de contárselo o no, como también, en el tiempo para hacerlo. Sobre todo porque el proceso de afrontamiento también afecta a la familia, en grados diferentes dependiendo del tipo de relación establecida por sus miembros. No obstante, los lazos familiares pueden, dependiendo del tipo de dinámica familiar, ser positivos o negativos para el proceso de afrontamiento, en la medida que ver el sufrimiento de los familiares puede producir sentimientos de culpa en el paciente seropositivo que solo dificultarían el proceso de aceptación de la enfermedad.

El fragmento de discurso presentado a continuación ilustra muy bien la manera singular como cada persona elabora las causas de la

seropositividad, a partir de su propia historia y como decide el contárselo a los familiares el diagnóstico:

Eso todo comienzo por los abusos que sufrí en la infancia y esa es la cicatriz que más me duele, porque no tuve una vida como los demás (llora)... Cuando mis padres se enteraron, madre mía! Se sintieron muy mal y siempre me preguntan por qué?. Qué te pasó?. Quien ha sido? Y ellos hasta ahora no lo saben. Es muy tarde para hablar, para contarles sí es muy tarde. Supieron que me abusaron pero no que fue mi primo y estuvieron muy mal, lloraron, sufrieron... porque yo? Siempre me pregunto! Porque yo!

De acuerdo con Spink (2003), la construcción del sentido es una tarea dialéctica y dialógica y se da dentro de las interrelaciones sociales, dependiendo de las interlocuciones y de los significados atribuidos por la cultura a las experiencias humanas. Esta perspectiva trata el fenómeno social no como una realidad, pero como una construcción social, que depende del significado dado por la cultura a los sucesos que en ella están circunscritos. En este sentido el ejemplo es bastante ilustrativo:

Tener VIH aún es una incógnita para mí, sé que ahora tengo que cuidarme más, protegerme más, sé que vida ya no es igual, te cambia por completo todo, soy el FG con una interrogación o con una marca. No estoy sano ni enfermo porque estoy entre el medio. Lucho y no lucho, estoy vivo pero no estoy vivo, eso soy yo.

De esta manera, el significado dado por FG a sus experiencias no depende exclusivamente de sus aptitudes personales para afrontar los problemas, pero también de la concepción y carga emocional que las

personas a su alrededor y su cultura atribuyen a sus experiencias, en un juego de construcciones, deconstrucciones y adaptaciones que se asemeja, hasta cierto punto, a los conceptos de objetivación y anclaje propuestos por Moscovici (1981 - 2003) en la Teoría de las Representaciones Sociales.

Dentro de la perspectiva dialógica (Markova, 2006), los fenómenos, tanto a nivel individual como social, imponen necesariamente una pregunta fundamental, que en el caso de FG ha sido muy bien ilustrada en el anterior fragmento de discurso. La manera como el mismo construye la respuesta a esta cuestión está relacionada directamente con la forma como él afronta, acepta y expresa su condición, a través del diálogo. Esta idea queda muy evidente en los casos en que la seropositividad está asociada a la idea de castigo por la promiscuidad, donde los paradigmas de la religión y de la moral, notablemente culturales, sirven de sustentación para el sentimiento de culpa presente en muchos casos de seropositividad.

Otro evento importante en la vida del entrevistado fue la inmigración hacia España motivada por cuestiones familiares y económicas, como se puede observar en la citación:

Vine a España para estudiar, trabajar. Hoy estamos todos juntos aquí, yo, mi papá, mi mamá y mis hermanos. Mi papá se vino primero, ya lleva 11 años aquí. En Perú él trabajaba de cambista y se vino porque le hicieron un contrato para la pesca, trabajó en la pesca y luego ha comenzado a trabajar en la construcción que hasta ahora sigue con eso, después vino mi madre que ya lleva aquí 7 años, estuvo trabajando un tiempo cuidando de los abuelitos, después venimos nosotros. Yo me quedé en Perú cuidando mis hermanos.

En su discurso se ven reflejadas las historias de muchas familias Iberoamericanas que se han trasladado a España, a través de la reagrupaciones familiares, en busca de mejores condiciones de vida y desarrollo para sus miembros. Sin embargo la inmigración de FG trae consigo una mácula, que según sus palabras, se le hace más dura la experiencia, corroborando la idea de que la seropositividad añadiría una carga más a un proceso, que por su condición, ya es difícil y exige una gran capacidad de adaptación y superación por parte del sujeto.

En lo que concierne al tema de la inmigración, la historia de FG como inmigrante ilustra una serie de aspectos y factores discutidos en los apartados anteriores de esta investigación, que están presentes en la vida de gran parte de los inmigrantes económicos que han vivido en España, y que todavía resisten, a pesar de la situación de crisis financiera presente en los días actuales. Según el entrevistado, las dificultades y barreras que siempre han existido desde el momento de su llegada, tanto por su condición de seropositivo, como de inmigrante, se han agudizado a causa del agravamiento de la crisis.

Estoy a 2 años sin trabajo, no tengo paro porque he trabajado en negro. Me gano la vida prostituyéndome porque necesito ayudar mi familia. Soy el mayor y me siento responsable por mi hermana, pero a veces quiero matarme porque ya he aguantado mucho y hay horas que no puedo más soportar.

En su discurso FG resalta más síntomas que, según la revisión teórica realizada por (Pereda Beltran, 2010), pueden tratarse de consecuencias psicológicas del abuso sexual sufrido en la infancia: la prostitución y las ideaciones suicidas. Además el fragmento del discurso ha expresado otros tres aspectos íntimamente relacionados con la condición de inmigrante económico en España: el paro, el trabajo ilegal y la prostitución como forma de supervivencia. Es importante subrayar que la ilegalidad conlleva en explotación laboral y consecuentemente la falta de amparo por parte del Estado, lo que expone estas personas a una condición de vulnerabilidad social, poniendo en peligro tanto la integridad física como moral de estos inmigrantes.

La historia de FG es parecida a la de muchos inmigrantes Iberoamericanos que han visto sus sueños de una vida mejor naufragar en el universo de la prostitución y de la explotación sexual. Considerando los análisis realizados en los apartados anteriores de esta investigación, se puede inferir que este tipo de actividad también está relacionada con los prejuicios y con la imagen sexual a la que están asociados los hombres y mujeres Iberoamericanos en España. Este tipo de concepción y estereotipos genera expectativas por parte de la sociedad de acogida acerca del colectivo, hecho que, como ya ha sido discutido anteriormente, acaba conduciendo a una

asociación de los Iberoamericanos con la prostitución, o actividades relacionadas con el sexo.

No obstante, este tipo de trabajo juntamente con la falta de amparo legal, expone a estos inmigrantes a situaciones de completa vulnerabilidad y desarraigo como se puede verificar en la citación siguiente:

Me gano la vida prostituyéndome y ya me han intentado matar, en este caso estuvieron dos personas conmigo y me hicieron mucho daño. Yo me salvé porque tuve fuerza y valor (...) Me prostituía en la plaza del ayuntamiento, llegaron dos señores, españoles de 40, 45 años, y yo por salir adelante, por ayudar mi familia he aceptado. Me detuvieron con un arma, me amarraron con una cadena en la cama, me querían tener a la fuerza. Me llevaron a una casa horrible (...) No he denunciado porque yo sabía en lo que trabajaba, y estoy ilegal. Quiero tener un trabajo decente, pero siempre me dicen que no, que la cosa está mal.

Analizando el discurso a partir de la perspectiva intersubjetiva, la prostitución es la manera que FG ha encontrado para “ganar la vida”, según sus propias palabras. En este sentido, esta expresión recobra un significado singular si es analizada en asociación con el tema de la sexualidad. Observando atentamente la narrativa, se percibe que el personaje principal de la historia pierde y gana la vida a través del sexo y que su familia está vinculada a ambas dimensiones. Está relacionada con los abusos sexuales ocurridos en la infancia y adolescencia que resultaron en la infección por VIH, y que representan la “muerte”, considerando que el narrador sigue asociando el virus tanto a la muerte física como simbólica. Sin embargo, la

decisión de “ganar la vida”, a través del sexo, prostituyéndose, también está vinculada a la familia, lo que definitivamente lleva a inferir que la familia es el factor determinante para la relación paradójica que FG mantiene con su sexualidad, muriendo y resucitando a través de ella a causa de la familia.

Es importante subrayar que, a pesar de las condiciones socioeconómicas a las que está sometido FG, la prostitución fue una elección, resultante de la combinación de factores externos y internos. Otro aspecto que merece ser resaltado es la presencia de la dimensión sexual en ambas situaciones, pues la prostitución, siendo una relación sexual consentida a cambio de dinero, le ha expuesto a situaciones de degradación física y moral semejantes a las vividas en los abusos sufridos en la niñez, creando así un especie de círculo vicioso, que paradójicamente le ha atraído a la vez que le repugna y produce sufrimiento.

Analizando la cuestión a través de un prisma macro-social, y más específicamente a partir de los conceptos de vulnerabilidad y invisibilidad social, Zaro Rosado (2008), ha resaltado que la prostitución, considerando los enfoques socio-político, económico y/o desde los medios de comunicación, habitualmente ha sido abordada desde la clave femenina. El autor hace mención a la falta de interés por la prostitución masculina, lo que hace de este colectivo un gran desconocido, tanto para la sociedad como para los investigadores sociales, y su invisibilidad alimenta el estigma y la

marginalidad, lo que resulta vulnerable a todos los tipos de problemas y riesgos asociados a este oficio.

La historia de FG ha corroborado esta idea en la medida que sus experiencias de violencia y abusos vividas en el ámbito de la prostitución, como también, la falta de amparo y derecho a ciudadanía debido su condición de inmigrante ilegal, solo agravan sus problemas psicosociales y dificultan el afrontamiento de la enfermedad que padece.

La narrativa también enfatiza el efecto que la crisis financiera, y la falta de oportunidades en la conjunción actual, tiene en las condiciones de vida de los inmigrantes en España. La falta de perspectivas afecta sobre todo a los jóvenes que acaban buscando refugio en actividades perjudiciales a su desarrollo, como el uso de drogas, quedando así más susceptibles a la adopción de conductas delictivas o a asociarse a actividades de alto riesgo como la prostitución. Pues tanto en España, como en la mayoría de los países, la prostitución es una actividad no reglamentada, marginada, vinculada a conductas delictivas y que además está cargada de un fuerte estigma social. El fragmento de discurso a continuación ilustra muy bien este argumento.

Ya me han llamado para hacer película porno y no lo he querido, para vender drogas, ya he trabajado para un señor. Trabajé un año para él, nos tenía allí, 10 chicos trabajando para él. Él cobraba lo quería, llamaba los clientes (llora profundamente) y les cobraba y me pagaba el 20% y se quedaba con el resto, él es lo que manejaba la cosa. Me salí de allí y le dije me voy porque no te debo nada y hasta hoy me sigue molestando, llamando y me amenaza, me insulta, me dice que me tiene vigilado que a cualquier hora me

va a pasar algo (llora). Ese es mi temor, es un narco tío y yo no puedo hacer nada...

La historia de vida de FG es un valioso testigo sobre de la situación de la prostitución masculina en España y sus principales características, como también, expresa la fuerte asociación entre esta actividad y los colectivos de inmigrantes, principalmente los de Latinoamericanos, como se puede observar en el fragmento de discurso :

La mayoría de los chicos que trabajan en eso son latinos, bolivianos, ecuatorianos, argentinos, brasileños, hay de todo, tienen historias parecidas a la mía y muchos de mis colegas ya los han mandado a otro país, París, Londres, lo que sea. Unos están en eso por las drogas, porque son adictos, se pinchaban, otros porque sus padres los han follado, porque sus primos también les han abusado. Pero allí no hablábamos mucho, porque teníamos que follar y follar también con este señor (...) allí me torturaban y me quemaban con puntillas de cigarro.

Lo expuesto en este ejemplo es la pura expresión de la invisibilidad y marginación en que viven estos jóvenes, en su mayoría, víctimas de la falta de condiciones mínimas para un desarrollo satisfactorio, y desde de muy pronto, sometidos a situaciones de degradación física y moral, incluso dentro del ambiente familiar, lo que todo indica, les ha llevado a la adopción de conductas autodestructivas, como la adicción en drogas, o a la prostitución, con todos los riesgos y estigma social que esta actividad conlleva.

Observando la baja auto-estima de FG y su falta de perspectivas para el futuro, se puede inferir, estos aspectos están asociados tanto a los

abusos sexuales sufridos en la infancia como al estigma de ser seropositivo, sin embargo, la familia, pero más específicamente sus hermanos, funcionan como estímulo para la adopción de una postura más proactiva delante de la vida, aunque tal postura le empuje a la prostitución, como se puede observar en el discurso:

Porque mi felicidad está muerta, porque yo ya no valgo para nada, porque sabiendo lo que tengo, hombre adonde, lo importante es que tengo mi hermana y mi hermano pequeño para sacar adelante, quiero ganar dinero para ayudarles porque yo no conseguí ni acabar mis estudios. Me quedé en la cuarto de la ESO. Por eso lo que hago es esto: prostituirme!

Todavía con respecto al tema de la familia, es importante resaltar que la homosexualidad de FG sigue siendo un tabú, sobre todo para la relación con la madre que, según sus palabras, no acepta su condición de homosexual. La falta de aceptación en la familia también es considerada una de las causas que llevan los homosexuales a la prostitución, pues estos, muchas veces se ven obligados a dejar el hogar para escapar de las humillaciones y agresiones sufridas en casa. Por la necesidad de sobrevivir estas personas acaban adoptando la prostitución como oficio. La homofobia comienza dentro de casa, esa es una máxima que expresa muy bien la realidad de muchos jóvenes que no encuentran en su hogar un ambiente de acogida y respecto que permitan el desarrollo adecuado de sus potencialidades.

Mi padre me acepta como soy, pero mi madre no me acepta, por su religión. Son evangélicos y eso no lo aceptan. Pero intento respetar mi casa, donde vivo, a pesar de no aceptarme mi madre.

En el caso de FG, a pesar de la no aceptación de su madre, lo que todo indica, es que no existe presencia de hostilidad hacia su persona por motivo de la homosexualidad, estando la no aceptación vinculada a la dimensión religiosa, situación que refleja lo vivido por muchos homosexuales pertenecientes a culturas y familias influenciadas por las doctrinas religiosas.

Asociada a todos estos aspectos descritos hasta entonces, está la condición de inmigrante ilegal, lo que dificulta aún más el afrontamiento de VIH para FG, pues esta situación, como ya fue discutido en los apartados anteriores de este estudio, impide al inmigrante de insertarse en el mercado de trabajo formal, independientemente de su nivel de formación.

Ahora estoy sin papeles, los he metido por arraigo porque mis papás van a sacar la nacionalidad y a causa de la enfermedad que tengo. Tú sabes que aquí sin papeles no puedes encontrar trabajo y sin trabajo no puedes sacar los papeles y eso me hace dar muchas vueltas en la cabeza. El narco este que me explotaba me ha dicho que se vuelvo a trabajar para él me saca los papeles, porque tiene dinero, abogados, y yo la verdad que muchas veces planteo aceptarlo.

La ilegalidad es un factor externo que asociado a los factores de orden subjetivo, relacionados con todo lo vivido por el narrador en su infancia y adolescencia, han resultado en la adopción de la prostitución como

trabajo. Otro punto relevante que merece ser considerado es la susceptibilidad de los inmigrantes a todas las formas de explotación. Los “papeles” son usados por toda clase de explotadores como moneda de cambio para conseguir de los inmigrantes todo tipo de servicios, entre ellos, los sexuales, como también ha sido expuesto en el fragmento de discurso anterior.

A los inmigrantes económicos en situación irregular le han sido negados históricamente los derechos básicos a la ciudadanía, no obstante, la crisis financiera ha empeorado esta situación y es usada como justificación para el escaso apoyo con que el Estado trata estas personas. Un país no está formado únicamente por los lazos sanguíneos o étnicos de su pueblo, sino por todos los individuos que habitan y están viviendo en su territorio, pero todavía, los países considerados desarrollados usan argumentos de esta naturaleza para justificar políticas sectarias, como puede ser considerada la expulsión de la etnia gitana del territorio francés, llevada a cabo en la actualidad por el gobierno, independientemente de la ideología política a la que este esté vinculado.

La falta de amparo en todos los niveles afecta las expectativas de futuro de los jóvenes inmigrantes, si esta situación está asociada a la seropositividad, la desesperanza es todavía mayor, como se puede observar en la cita:

Mi sueño es tener un buen trabajo y dejar hacendados a mis hermanos, a que no les falte nada. Trabajar, sacarme de la mierda y ayudar mi familia. Pero con eso de la crisis aquí la gente no encuentra trabajo para nada (...) la crisis está llevando muchas cosas, llevando la gente latina a las drogas y a la prostitución, pero lo más importante que la crisis se está llevando es el sueño de las personas.

El testigo de FG, con relación a los efectos de la crisis en los jóvenes es emblemático y expone la gravedad del problema, pues como ya ha sido mencionado, España es uno de los países de la Unión Europea donde más crece la desigualdad social y la crisis, sumada a la falta de políticas sociales, pueden cronificar esta desigualdad. A pesar de la disminución en el número de inmigrantes como consecuencia de la falta de oportunidades, aun siguen llegando a España personas provenientes de zonas muy pobres o conflictivas del planeta. Con el endurecimiento de las políticas de inmigración y junto con la deterioración del Estado de Bienestar, el escenario futuro puede ser aun más catastrófico.

La historia de vida de FG, un joven inmigrante seropositivo, víctima de abuso sexual en la infancia, que sobrevive prostituyéndose para ayudar su familia pobre, es un ejemplo claro de la vulnerabilidad social que acomete a los inmigrantes económicos en este país, como también, de la carga pesada que añade la seropositividad a la vida de estas personas, principalmente, si están en la condición de ilegalidad.

4.4.2. Historia de Vida 02: Vulnerabilidad Femenina, Inmigración y VIH/Sida

Vivir con VIH es vivir con un monstruo dentro, para mí es estar muerta en vida. Por mucho que estés bien, que aparentes estar bien, estás muerta, así de sencillo.

(EC – Mujer, 54 años)

El fragmento de discurso elegido para empezar el análisis de esta Historia de Vida corrobora la asociación entre la infección por VIH y la muerte, correlación que podemos ver presente en el núcleo central de las Representaciones Sociales sobre este fenómeno en gran parte de los estudios que priorizan la perspectiva psicosociológica. Esta concepción tiene una relación directa con la dimensión histórica de la enfermedad, debido a la atmósfera de terror causada por la gran tasa de mortalidad y por la ineficacia de los primeros medicamentos utilizados en el tratamiento.

Actualmente los estudios psicosociales están demostrando que, la idea de cronificación se está sobreponiendo a la asociación con la muerte en el núcleo de estas representaciones, gracias a los avances logrados en la eficacia del tratamiento, excepto en los países y culturas, donde los infectados y enfermos no tienen acceso al tratamiento y acaban muriendo en su mayoría.

Sin embargo la idea de muerte no está apenas basada en la dimensión física, anclada en el paradigma biológico, sino que también está compuesta por la dimensión psicosocial, que sufre una gran influencia del estigma y prejuicio que acompaña a los seropositivos y enfermos de Sida, en mayor o menor grado, dependiendo del contexto. El estigma es la clave de la asociación entre el VIH y la muerte realizada en esta Historia de Vida, que será analizada de manera más profunda a continuación, intentando comprender como la marca de la seropositividad produce la muerte simbólica de los que la padecen.

El abordaje tradicional de las Representaciones Sociales propuesta por Moscovici (1981-2003) y Jodelet (2001) preconizan dos vertientes fundamentales para la interpretación de los discursos, a la hora de analizar las Representaciones Sociales de un fenómeno: una basada en la dimensión social, teniendo en consideración los fenómenos de carácter social y otra, basada en la dimensión subjetiva, asociada a la interpretación de la realidad realizada por el propio actor social. En este sentido la asociación entre VIH/Sida y la muerte, realizada por la narradora está más relacionada con la esfera subjetiva, considerando que la misma procede de un país que posee el tratamiento antirretroviral.

EC, la protagonista de esta narrativa, es una mujer de 54 años, nacida en Caracas – Venezuela – hija única, y miembro de una familia de

inmigrantes españoles de clase media alta, que se han trasladado a Sudamérica a causa de la dictadura perpetrada por el Franquismo después de la guerra civil española.

 Tuve todo en mi infancia, tuve niñera, tuve de todo, pero salí muy rebelde! Tenía de todo menos libertad. Estuve en los mejores colegios de monjas de Caracas. Mi madre era canaria y mi padre nació en Francia pero hijo de valencianos. Mi padre era republicano por eso tuvo que irse a Venezuela.

EC hizo el camino opuesto al de sus padres en el intento de buscarse una vida mejor en un ambiente de mayor “libertad”, palabra que ha sido evocada en todo su discurso, funcionando como un significante que, asociado a los demás elementos de la narrativa, ha dado un sentido particular a los hechos que marcaron su historia.

Los padres de la protagonista inmigraron a Venezuela en busca de libertad, sin embargo ella huyó de casa y rompió con su familia buscando también la libertad, y finalmente un de los factores que influyeron en su decisión de inmigrar hacia España fue la falta de Libertad consecuencia del momento político vivido por su país. La dimensión política ha tenido una presencia constante en esta narrativa, pues la inmigración de sus padres desde España hacia Venezuela tuvo una motivación política, así como la suya desde Venezuela hacia España, como si ambas historias fueran los reversos de una

misma moneda. Hecho que justifica la importancia que la dimensión política tiene en la manera que EC construye un sentido para su historia.

Mi padre era muy severo y a mi siempre me ha gustado la libertad, siempre me ha gustado el “rock’n roll”, las drogas, salir de fiesta, y eso para mi padre era inaceptable. Me pusieron en una en las mejores escuelas de monjas de caracas (...) a los 14 años huí del colegio porque quería ver el concierto de Carlos Santa, eso era 74, y la policía me agarró por fugada, y me metieron en un reformatorio de corrección de menores y así empezó toda la tragedia de mi vida.

Este período de reclusión, fruto de los conflictos en el ambiente familiar, y de la educación autoritaria a que era sometida, según las propias palabras de EC, le hizo conocer el mundo que la ha llevado en el futuro a adoptar las conductas antisociales que han marcado su juventud. En esta época la protagonista tenía 15 años, estaba cursando el cuarto año de bachillerato, y como consecuencia de una actitud de rebeldía, común en una gran parte de los adolescentes, pasó a convivir con chicas reclusas por homicidio, prostitución y tráfico de drogas.

Mis padres me metieron allí por castigo, pero fue lo peor que me hicieron en la vida, porque allí aprendí lo que no sabía. Todas las cosas malas que no sabía me aprendí allí.

Esta es una cuestión que resalta un grave problema presente en los países Latinoamericanos, donde los centros de reclusión y rehabilitación de

menores, han funcionado históricamente como verdaderas universidades del crimen. Estos centros, que en teoría debían servir como una medida socioeducativa, acaban causando el efecto contrario, debido a la superpoblación, la falta de preparación de los profesionales y de políticas públicas ineficaces. No obstante, se debe considerar que algunos países de la región han mejorado la calidad de sus centros de internación de menores, aún así la criminalidad en la adolescencia ha aumentado en la zona. Otro aspecto importante es el hecho de que la mayoría de los jóvenes que salen de estos centros vuelven a reincidir, lo que ha llevado a inferir que el modelo aplicado en estos centros es ineficaz.

Sin embargo en el caso de EC, su reclusión no fue consecuencia de los factores socioeconómicos, pues su familia era de clase media, pero del modelo de familia autoritaria y de la educación restricta practicada por sus padres. La conducta restrictiva y la falta de cariño por parte de su padre, han sido elegidas por la narradora como los factores que motivaron su rebeldía en la adolescencia. Una cuestión que también merece ser considerada es el hecho de la protagonista ser hija única y recibir toda la atención y expectativas familiares para sí, lo que puede producir, dependiendo de las circunstancias, problemas de orden psicológico como ansiedad, depresión, conductas antisociales, sobretodo, en la fase de la adolescencia.

Además del carácter autoritario, la familia de EC, también reflejaba la estructura machista de la mayoría de las familias en aquel momento histórico, en las sociedades Iberoamericanas, donde las mujeres eran educadas para casarse, criar los hijos y cuidar de la casa, como se puede observar en el ejemplo a continuación

Me casé forzada a los 17 años, bajo amenazas de que si no me casará volverían a ponerme en el reformatorio y la verdad es que eso fue peor remedio que la enfermedad, porque casé con una persona que me maltrataba, un drogadicto, una persona mala y a los 19 años tuve un hijo con él y a los 7 días de nacido mi hijo mi marido se suicidó a causa de una sobredosis, alucinó y se ahorcó.

Sin embargo, lo que debía haber sido una forma de corregir y dar un rumbo adecuado a la vida de la protagonista, que por la condición de mujer no debía presentar este tipo de comportamiento, que avergonzaba su familia, acabó resultando justo en lo contrario, pues el matrimonio ha sido el factor preponderante para el acercamiento definitivo de EC a las drogas, lo que contribuyó aún más a la desestructuración de su vida y para el alejamiento de sus padres. Como se ha podido observar, en el anterior fragmento de discurso, la violencia de género y el embarazo en la adolescencia, que ha motivado su casamiento, también son factores asociados a la vulnerabilidad femenina, aun más evidenciada en la sociedad machista de aquella época.

Mi papa no me quería ver ni en pintura, no me quería en casa, entonces dejé mi hijo en casa de mis padres y me fui, y eso fue el mayor error de mi vida, porque hoy mi hijo no me quiere, nunca me ha perdonado

El alejamiento de la familia y del hijo ha aumentando aún más el nivel de deterioro en la vida y relaciones sociales de la protagonista de esta historia, llevándolo a cometer delitos como el tráfico de drogas lo que la ha llevado a la cárcel como se puede ver en el ejemplo siguiente:

Entre otras cosas me tocó vender droga, he estado presa, prefería eso a vivir el régimen de mi casa.

Pero lo que ha llamado la atención en el análisis de esta cuestión, fue la constatación de que la justificación de la adopción de tales conductas delictivas, está relacionada con la familia, o mejor, con la necesidad de su libertad del autoritarismo de su padre, lo que revela la dialéctica típica de los comportamientos neuróticos, pues intentando escapar de la familia, EC subordinaba sus conductas y elecciones a ella, adoptando los patrones opuestos a los impuestos por su padre. La dimensión simbólica también está presente en los comportamientos de la narradora, pues intentando libertarse de la familia ella acaba perdiendo la libertad concretamente.

Después mi papa decidió volverse a Canarias, me compró un piso y me dejó el niño ya con 7 años para que yo tomara el carril de mi vida. Yo como tenía una vida muy descontrolada, usaba todo tipo de drogas, resolví

ponerle en un seminternado y eso fue lo peor que pude hacerlo, un desastre total (...) mi hijo me odia!

La relación ambivalente llevada a cabo por EC y sus padres, ha resultado en una relación conflictiva que la misma mantiene con su hijo primogénito hasta la actualidad, que según sus palabras, no la acepta ni respecta como madre. Esta relación problemática y las actitudes tomadas por la protagonista en este período de su vida han causado un sentimiento de culpa que influye, incluso en la forma como la misma da sentido a su condición de seropositiva, pues para EC, en cierta medida, algo habrá hecho por merecer lo que le ha pasado.

Es importante resaltar que la infección por VIH ocurre en la vida de la protagonista, cuando esta ha conseguido, según sus palabras, “agarrar el carril de su vida”. La infección ocurrió cuando la misma se ha casado por la segunda vez y ya había sido madre de dos hijos más, como se puede verificar en el fragmento del discurso a continuación.

En Valencia – Venezuela - fue donde conocí el papá de mis otros dos hijos, que está muerto, pues él se murió de VIH (...) a mi marido le dio el dengue hemorrágico y le ingresaron, le bajaron las plaquetas, entonces le hicieron unos transfusiones de plasma, que se llama plasmaférisis, como al año le entra una recaída, empieza a sentirse mal y vamos al hospital, y cuando le ingresan, y se le miran el expediente médico me dicen. Hace un año él fue ingresado por dengue hemorrágico y VIH (...) Total que el plasma sanguíneo que le han dado en la época estaba contaminado.

Esta citación hace referencia a dos aspectos importantes relacionados con la infección por VIH: las infecciones por transfusión de sangre contaminada y las infecciones de mujeres dentro del matrimonio. En este sentido, la historia de EC es igual a de muchas mujeres que han sido infectadas por sus maridos, independiente de la manera como ellos hayan sido infectados, esto resalta el error en identificar las relaciones estables y los matrimonios como una forma de prevención del VIH.

Una vez introducido el tema de la infección por VIH en la historia de EC, otra vez la dimensión política vuelve a recobrar protagonismo, primero porque su infección y la de su marido fueron consecuencia de una mala gestión pública de bancos de sangre de su país, y segundo, porque la muerte de su marido fue consecuencia del tratamiento antirretroviral de baja calidad ofrecido por el servicio público de salud venezolano, en la época. Los fragmentos de discurso a continuación ilustran el motivo de la infección y como el aspecto político se relaciona con ella.

El plasma tenía 15, 20 años congelado en la nevera y no les habían hecho pruebas y como él, mucha gente se ha contaminado así, por las transfusiones de sangre. Ni apareció ni la doctora que le trató, ni dieron la cara el jefe del hospital y eso se quedó así, ok! Total me marido se murió y me contaminó a mí. Mi marido se murió en el 2004 y esta fue mi triste historia.

En esta época en Venezuela para tratarte tenías que tomar unas 20 pastillas, enormes, porque el Chavez no quería comprar la medicación a los americanos, sino la estaba comprando en la India. Medicación de ínfima calidad y él no quería tomarlas y así se murió.

Lo que llama la atención en la narrativa de EC, es que en la ocasión de su infección y eventual muerte de su marido, los tratamientos antirretrovirales ya habían evolucionado bastante, y ya posibilitan una alta gama de combinaciones que facilitaban la mejor adaptación posible al paciente, sin embargo de acuerdo con su testimonio, en Venezuela por cuestiones político-ideológicas, el tratamiento ofrecido a la población era de muy baja calidad, lo que provocaba muchos efectos colaterales, hecho que fue preponderante para la muerte de su marido, que no ha se adaptado al tratamiento que le fue ofrecido.

La cuestión de la patentes de los antirretrovirales también está presente en la narrativa, una vez que los precios cobrados por los laboratorios que detienen las patentes de los antiretrovirales han imposibilitado que muchos países del mundo pudieran ofrecer el tratamiento a sus ciudadanos, sobre todo los más pobres y con mayor número de personas infectadas, situación que ha suscitado un gran debate en la última década y que, según EC, ha sido usada como clave política para el tipo de tratamiento ofrecido en su país.

Otro factor preponderante para la muerte del marido de FC fue la negación. Según ella, hasta el último momento él no creía estar infectado y no aceptada la seropositividad, hecho que asociado con los efectos colaterales dificultaron la adhesión al tratamiento. Con respecto al afrontamiento de la

seropositividad al VIH, la negación, es considerada un factor importante para la no adhesión al tratamiento y para el no cumplimiento de las pautas necesarias para una mejor la calidad de vida. La negación, según gran parte de los profesionales entrevistados en esta investigación, está más asociada a los factores internos, como la personalidad y el planteamiento de los propios comportamientos de riesgo, lo que supondría un cierto nivel de información sobre el problema. Las circunstancias de la infección también están asociadas a la manera como el individuo afronta el diagnóstico.

A pesar de no ser muy frecuente, la negación de la seropositividad sigue existiendo y fue corroborado en este estudio tanto en ámbito profesional como de los pacientes, resaltando, de esta manera, la importancia de este fenómeno, no tanto por la frecuencia con la que ocurre, sino más por las consecuencias, considerando que casi todas las personas que niegan su enfermedad, o la necesidad de tratarse, acaban muriendo, porque el seguimiento de un tratamiento tan estricto como el del VIH, inevitablemente, va exigir del individuo un cierto nivel de autonomía y compromiso.

Con relación al diagnóstico de la seropositividad, lo ocurrido con EC, corrobora lo verificado en la Historia de Vida de FG y lo expuesto en los discursos de los profesionales socio-sanitarios, que han resaltando el fuerte impacto que esta noticia causa en la vida de las personas, así como su carácter transformador.

Cuando me pasó eso yo caminaba como un zombi, yo andaba por la calle y los coches me frenaban, eso fue un trauma que yo no sabía ni cómo llegar a mi casa, nunca en mi vida pensé que me iba a pasar eso (llora). Eso descontroló me vida totalmente. Aunque me veas bien la procesión va por dentro.

Otro aspecto presente en la narrativa de EC que corrobora lo expuesto en la historia de FG, es la dificultad de compartir la seropositividad con los demás, incluso con la propia familia como se puede observar en la cita siguiente.

¿Cómo se lo voy a decirlo a mi Madre?, ¿Cómo decirlo a mis hijos?. Muchas pocas personas saben que yo tengo eso, de hecho de mi núcleo de amistades creo que son cuatro personas nadie más lo sabe.

Es importante subrayar que el miedo al estigma y al rechazo es el factor que más influye en la decisión de ocultar la seropositividad, sin embargo la falta de apoyo y vivir la enfermedad en soledad también pueden afectar a la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH, contribuyendo para el surgimiento de episodios depresivos que también afectan la adhesión al tratamiento.

Afrontar la seropositividad es una tarea difícil y que exige una fuerte capacidad de adaptación por parte del individuo, pues moviliza, a la vez, las dimensiones *física, psicológica y social*. En el discurso de EC, también se ha recogido la idea de que afrontar la seropositividad y su

tratamiento en el contexto de la inmigración añade todavía más dificultades a ambos procesos, que como ya fue descrito anteriormente, exigen una fuerte capacidad de adaptación y equilibrio emocional.

He tenido que inmigrar a causa del Chávez, tuvimos que dejar todas nuestras cosas allá, me han expropiado todo el patrimonio de mi padre, mis cuentas bloqueadas. Pero eso no es nada comprado con tener que luchar en otro país, con mis dos hijos y una enfermedad puesta. Soy prácticamente un desecho humano (llora).

En este ejemplo se ha podido ver claramente como la seropositividad añade una sobrecarga a la condición de inmigrante, por varios motivos como la necesidad de adaptarse al tratamiento antirretroviral, por la falta de disposición, por la debilidad psicológica, por el estigma, como también, por la bajada en la auto-estima, también corroborada por la historia de vida analizada anteriormente. La necesidad de encontrar un sentido que justifique la infección, muchas veces, puede anclarse en los sentimientos de culpa, dependiendo de la historia de vida de la persona infectada, de sus conductas sexuales y de sus valores morales. En este momento se hace necesario un retorno a los comportamientos llevados a cabo por EC en la juventud, la relación con sus padres y su hijo primogénito, que sin duda influyeron en la manera como la culpa que, se puede inferir, resulta en la baja auto-estima y en la idea de castigo, aspectos también presentes en la primera historia de vida analizada.

Otro tópico evidenciado por la narrativa fue el efecto de la crisis financiera en la condición de vida de los inmigrantes en España, sin embargo, la seropositividad para EC afecta mucha más al inmigrante que la propia crisis, como se puede observar a continuación:

La crisis está afectando mucho los inmigrantes aquí y más los que estamos acostumbrados a vivir bien, llevar otra forma de vida, si tuvieras salud ok, pero quien te va a dar empleo si sabe que tienes VIH, la enfermedad te afecta mucho, yo era una persona super activa y ahora me canso con todo, yo me veo que hay muchas cosas que no puedo hacer.

Los problemas vinculados a seropositividad pueden afectar la capacidad laboral y productiva del inmigrante y esa es una cuestión muy importante, considerando que la inmigración suele estar motivada, la mayoría de las veces, por factores económicos. De esta forma, la seropositividad es un obstáculo para el logro de los objetivos del inmigrante, pudiendo empeorar sus condiciones de salud tanto física como psíquica.

Tomo antidepresivos, tomo prozac, tomo pastillas para dormir (...) me afecta mucho todos mis problemas, me afecta tener que hacer todo yo sola, me siento incomprendida y por eso me tomo antidepresivo, soy super depresiva.

Tener VIH todavía es muy duro, independiente de la condición social de la persona, implica un cambio de vida, en alteraciones y limitaciones, moviliza las debilidades psicológicas y aproxima al sujeto a lo que supone la fragilidad de la vida y de su conexión directa con la muerte, lo

que inevitablemente afecta las expectativas de futuro, que en el caso de EC están vinculadas al futuro de sus hijos, como se puede ver en el ejemplo:

 Mi expectativa en el futuro es que mis hijos estudien y que puedan tirar adelante, que cuando yo me muera ellos se puedan defender ellos solos, porque no tienen nadie por ellos en la vida (llora) y si Dios me dio eso es porque a lo mejor me lo merecía.

Ha quedado claro, en la narrativa de EC, que su historia ha recobrado un nuevo significado a partir de la seropositividad. Sus comportamientos del pasado han pasado a sustentar la idea de castigo, aspecto que históricamente ha estado vinculado al VIH/Sida, y que a pesar de todos los avances tanto en el conocimiento, como en el tratamiento, sigue estando relacionado con la enfermedad.

4.4.3. Historia de Vida 03: Inmigración, Afrontamiento, Resiliencia

“Yo le dije: con las defensas que tengo seguro voy a vivir cien años si no me atropella un coche”

(OM – Mujer, 36 años)

Como se ha podido verificar en los análisis desarrollados anteriormente, se ha decidido empezar la interpretación de cada una de las Historias de Vida a partir de sus elementos centrales y que, por su relevancia,

hayan servido para mediar la aprehensión del significado dado por los actores sociales al afrontamiento de la seropositividad al VIH.

En el caso de OM, una mujer africana, de 36 años de edad y proveniente de Guinea Ecuatorial, el aspecto que más ha llamado la atención, fue la capacidad de resiliencia a la hora de afrontar las condiciones de seropositiva y inmigrante. Es importante destacar que en toda la narrativa elaborada por OM, se ha podido observar una postura proactiva y resiliente, independientemente del contenido o de la circunstancia narrada por la misma. Lo que ha llevado a inferir que algunos factores pueden estar asociados a esta característica observada en el discurso de la participante.

Es importante destacar que la capacidad de resiliencia está relacionada con los factores idiosincráticos y sociales, como también, con la manera que estos interactúan en la vida de la persona, pero no se puede descartar el ámbito de las contingencias que, dependiendo de su impacto, pueden provocar traumas y secuelas diferentes. Sin embargo, lo que caracteriza la resiliencia no es la falta de problemas, o debilidades, pero sí la manera por la cual el individuo reacciona a estos. Las personas resilientes, de acuerdo con esta perspectiva, estarían más propensas a reacciones resolutivas, a posturas proactivas y presentarían una gran capacidad de adaptación y resistencia a las dificultades impuestas por el medio.

Sin embargo, se denota que las actitudes resilientes suelen surgir asociadas a eventos traumáticos o que movilizan fuertemente el aparato psíquico de las personas. Siendo estas conductas presentadas como salida perspicaz al afrontamiento de problemas graves como el diagnóstico de la seropositividad al VIH, como se puede observar en las propias palabras de la narradora.

Yo me siento buena! Yo tengo una auto-estima que sube por la cabeza, yo sé quien soy! Y cuando salgo por la calle salgo con la cabeza alta aunque no tenga dinero en el bolsillo. Si alguien me mira con asco yo le hago lo mismo. Porque no hay nada más importante en la vida do que saber hablar y respetar a los demás, tenga lo que tengan. El rechazo es lo que hace que no estamos bien comunicados, que no tengamos comunicación, información y estas cosas.

Después de tener una decepción tan grande como yo tuve y conseguir seguir viva, uno darse da cuenta que puede hacer cualquier cosa en si mimo y por si mismo...

En el primero de los fragmentos de discurso destacados, se han vistos reflejados los principales aspectos evocados en la narrativa elaborada por OM a respecto de su a condición de inmigrante seropositiva: la *autoestima elevada*, el *prejuicio* y *rechazo* hacia los inmigrantes y seropositivos, y finalmente, la *dificultad de acceso a las informaciones*.

Uno de los factores que pueden estar asociados a la autoestima elevada de la narradora está ubicado en su infancia: en la manera como se han desarrollado las relaciones parentales en esta fase de su vida, como

también, en el apoyo recibido de sus padres y hermanos durante toda la niñez, de la cual la narradora ha afirmado tener solamente buenos recuerdos.

Yo he tenido una infancia buena y he tenido una familia muy querida. Yo soy de una familia grande, de muchos hermanos y muchos tíos y he recibido el cariño de mi madre y mi padre y aun sigo recibiendo.

A pesar de las imágenes de pobreza, hambruna, conflictos políticos y falta de recursos vehiculadas sobre África en todo el mundo, OM, proviene de una familia considerada de clase media para los patrones de la región, y que posee un buen nivel educacional. Este aspecto ha quedado reflejado, tanto por la manera como ha sido elaborada la narrativa de OM, como por las historias contadas por la misma con respecto a la infancia, como ilustra el ejemplo :

En mi país soy de clase media para no decir clase alta y me considero de clase media hasta hoy, gracias a Dios. Mi padre y mi madre no se casaron, eran amantes, y mi padre ha tenido otras mujeres y muchos hijos, pero yo he sido muy querida por mis padre y madre y les he querido mucho.

Como se ha podido observar, a pesar de no haber sido fruto de una unión convencional, la narradora ha enfatizado el amor y atención recibido por sus padres y familiares en los primeros años de vida, hecho que puede haber influido en la conducta positiva que la misma ha demostrado a la hora de afrontar la seropositividad. Vale destacar que, muchas de las teorías de la psicología clínica y del desarrollo, han afirmado que las memorias infantiles

tienen una papel fundamental en la manera como se va estructurar la personalidad y en la forma que se van a producir las susceptibilidades a las disfunciones psicológicas tanto en la adolescencia como en la fase adulta, sin dejar de considerar también los factores genéticos involucrados en estos problemas.

La manera como se desarrolla y se estimula la socialización de los niños también influye en la formación del carácter, en el fortalecimiento de la autonomía, de la autoconfianza y de las aptitudes del individuo. En el discurso de OM, se ha podido observar que esta tuvo una infancia sana, con muchos amigos, pero sin embargo, la vulnerabilidad social, las carencias y, como consecuencia la tendencia a las migraciones del pueblo africano, también han sido expresas en la narrativa, como se ha podido recoger en el fragmento de discurso que se ha destacado:

He tenido muchos amigos en mi infancia, pero la mayoría de ellos se ha muerto. Cuando estuve en mi país y fui buscando los de mi generación, la mayoría había muerto por accidentes, enfermedades, allí se muere por paludismo, por lo que sea, y algunos estaban vivos pero no estaban allí, se habían ido a otros países.

De esta manera, se ha podido inferir que el apoyo y cariño recibidos por las figuras materna y paterna, así como, un ambiente familiar estructurado han influido en la auto-estima elevada y actitud resiliente de OM con respecto a su enfermedad. Pero es necesario destacar, que a pesar de su

historia no retratar las condiciones sociales de la mayoría de los ciudadanos de África Subsahariana, se ha podido observar, también en su discurso, los elementos que corroboran la realidad de pobreza, conflictos políticos, desarraigo y falta de las mínimas condiciones de vida en que viven estas personas.

El próximo fragmento de discurso seleccionado, es un testimonio de la realidad política del país de origen de OM, que vive hace muchas décadas un régimen dictatorial que, según sus palabras, dificulta mucho las posibilidades de desarrollo de sus ciudadanos. El excesivo control del Estado sobre la vida de las personas, la falta de seguridad jurídica, las conductas arbitrarias por parte de los funcionarios gubernamentales y militares, así como, el marcado clasismo asociado a una brutal diferencia social, fueron los aspectos que según la narradora impiden el desarrollo y la mejoría en las condiciones de vida de sus compatriotas, como se puede observar en la citación:

Guinea es un país gobernado por un dictador, entonces siempre hay límites de algunas cosas para algunas familias, como en Cuba. He crecido allí y he visto que la gente puede llegar a vivir bien, pero la política no deja que vivamos como necesitamos, o como queramos. Cuando yo salí de en mi país no había libertad. Hay gente que le gustaría abrir un negocio pero cuando lo intentan encuentran barreras, de repente viene un ministro, un general, o lo que sea, se viene a tu negocio consumen y luego te dicen te vengo a pagar otra hora y se van. De esta manera un país no puede ir a delante (...) No puedo estar mucho tiempo en mi país porque odio la dictadura.

En este sentido, la historia de OM, corrobora lo que ha sido observado en la narrativa anterior, que también atribuí a un régimen autoritario y a la falta de libertad, en los principales motivos de la inmigración. Estos testigos reafirman la vocación de los regímenes dictatoriales y autoritarios en la creación de flujos migratorios. Esta constatación también encuentra respaldo en las experiencias de ciudadanos de otras partes del mundo, como la propia España, que en el periodo de la dictadura franquista ha sido considerado un país de emigrantes, por la gran evasión de ciudadanos españoles a otros países de Europa y de las Américas. Tal idea también puede ser respaldada por las experiencias de los países Iberoamericanos, como Argentina, Chile y Brasil, que vivieron largos años de dictadura militar, que han repercutido en el exilio hacia Europa y Estados Unidos de importantes personalidades del medio académico, político y artístico. El estímulo a la migración fomentado por los regímenes políticos dictatoriales fue muy bien ilustrado de uno de los *slogans* del gobierno militar brasileño: Brasil ámelo o déjelo!

No obstante, también se ha podido verificar en la narrativa de OM que, a pesar de los problemas en consecuencia del régimen político, las condiciones de vida han mejorado en su país en comparación con las existentes en el período de su niñez, como se puede observar en el fragmento de discurso:

El país ha mejorado mucho, el Guinea de hoy no tiene nada que ver con lo de mi infancia, hay mucha gente que ha emigrado se ha vuelto y hoy viven mejor allí de que los que están aquí, pero una persona como yo (seropositiva) no puede ir a vivir allí

Sin embargo, en lo que se refiere a las condiciones de salud, el país sigue sin ofrecer un sistema sanitario decente a su población, debido, según las propias palabras de la narradora, a la corrupción de sus políticos y a la desigualdad social, observada en el trato discriminatorio dado a los ciudadanos, por parte de los profesionales de salud.

Con respecto al tratamiento ofrecido en Guinea Ecuatorial a los pacientes seropositivos y enfermos de Sida, se ha podido verificar en el discurso de OM que este es de baja calidad o inexistente, como se puede observar a continuación:

Cuando fui a mi país he visto que la gente con VIH sigue tomando medicamentos de años atrás. Una persona que toma 8 a 10 medicamentos, encima malos, si yo tuviera que tomar eso yo creo que empeoro. Y lo peor es en guinea el VIH está indo de menor a mayor, allá la ignorancia sobre el VIH es muy grande, por eso llegan a contagiarse y hay otros que tienen información pero son omisos y pasan de lo que les dicen. En África el pensamiento es: disfruto hoy y mañana me muero.

Además de un tratamiento de baja calidad y insuficiente para todos los enfermos presentes en aquel país, la narrativa de OM también ha resaltado el avance de la enfermedad, sobretudoo en la población joven. No obstante,

algunos de los aspectos que están involucrados a la vulnerabilidad a la infección por VIH observados allí son muy semejantes a los presentes en las sociedades consideradas más desarrolladas, como es el caso de España, como por ejemplo: la falta de prevención y la inconsecuencia en nombre del placer, basadas en argumentos hedonistas. Sin embargo, otros factores son más específicos y parecen estar relacionados a la realidad político-social de la región, que son el bajo nivel educacional, la falta de información, las creencias y hábitos culturales, así como, la falta de programas de concientización que, en el caso de los países más avanzados, fueron llevados a cabo, sobretodo, en las dos primeras décadas de presencia social del VIH/Sida.

Con respecto al afrontamiento de la seropositividad propiamente dicha, la narrativa de OM corrobora lo descrito por las otras Historias de Vida anteriormente analizadas, resaltando, también, el fuerte impacto causado por la noticia, que como ya fue discutido, a lo que todo indica, afecta en mayor grado a las personas que no se habían planteado esta posibilidad, de que a las que tenían las conductas sexuales de riesgo asumidas, como se puede verificar en el fragmento de discurso :

Me sentí como si el mundo se me hubiera caído encima, me quedé en blanco! No reaccioné de ninguna manera solo me salían las lagrimas en los ojos sin darme ni cuenta, y mi novio fue el que me dijo no llores, estoy contigo! Y me limpió los ojos (...) Yo fui al médico queriendo saber se podía quedarme embarazada. Había acabado de llegar a España he encontrado un

novio y le dije: vamos al médico a ver si podemos tener un hijo (no quiso revelar su nacionalidad), Total que me llamaron para recoger los resultados y me dijeron: si tienes novio que vengas con él, que me habían detectado algo y que necesitaban hacernos otras pruebas. Entonces me lo comunicaron y me quedé muy asustada.

Por lo que se ha podido observar, la narradora no se había planteado la posibilidad de estar infectada por el virus VIH en el momento del diagnóstico, lo que según sus palabras, ha hecho de ese proceso una experiencia todavía más dolorosa y difícil de superar. Este aspecto resalta la importancia de las anamnesis realizadas por los centros especializados al realizar pruebas para la detección del VIH y otras enfermedades sexuales, como las que realizadas por los profesionales del CIPS de la Comunidad Valenciana. Estas entrevistas, además de tener el interés de conocer el perfil sexual de los usuarios de los servicios, también tienen el objetivo de preparar al paciente para el resultado, sea este positivo o no, pues en ambos los casos, tales entrevistas tienen un carácter tanto de acogimiento como informativo-preventivo.

Sin embargo, en el caso de OM, el resultado fue divulgado por un médico ginecólogo, no especializado en diagnósticos de esta naturaleza, lo que según la protagonista, ha hecho la experiencia muy difícil de abstraer.

El médico me dijo, eso es algo malo pero no te preocupes que puedes seguir viviendo hasta 5 años, me dijo el médico. El ginecólogo! Luego me pasó a una doctora que me dijo lo mismo! Yo le dije a esta que conocía gente que tenía eso a mucho más tiempo y me contesta normalmente: la

posibilidad de eso es de 5 años, depende de cómo reaccione en tu cuerpo, o como te pille la enfermedad o como van tus defensas. Yo le dije con las defensas que tengo seguro voy a vivir cien años si no me atropella un coche.

El diagnóstico de seropositividad de OM, no podría haber sido manejado de manera más desastrosa, siendo importante resaltar, que lo mismo ha ocurrido en un momento donde el tratamiento antirretroviral ofrecido en España ya era de óptima calidad y ofrecido gratuitamente por el gobierno, lo que posibilita una larga expectativa e incluso la cronicación de la enfermedad. El testimonio de la narradora, como mínimo, evidencia la falta de preparación de estos profesionales para este tipo de tarea, a lo que parece, consecuencia de la automatización de los procedimientos de salud, considerando que el diagnóstico ocurrió en una consulta ginecológica. La excesiva automatización y deshumanización de los procedimientos en el ámbito sanitario han sido evidenciados por los participantes en todas las etapas de esta investigación.

La comunicación de los médicos está muy mal, no hay dialogo, es todo muy automático, si le estoy diciendo algo y ni me hace caso, sigue mirando a un papel y te contesta, estás bien ahora te doy la cita para no sé cuando, pasa el papel para la enfermera y te dice estate fuera y espérate en tal sitio y te quedas “por Dios” que quería preguntarle algo pero no ha dejado el tiempo.

Esto denota una falta de preparación de estos profesionales para el contacto humano e incluso la debilidad ética de los mismos, por el tipo de

labor que ejecutan. Pero, este tipo de actitud, también evidencia una priorización de los procedimientos que visan la productividad en detrimento de los que fomentan las relación médico-paciente, que por condición de la ética profesional deben estar basados en el dialogo y en la escucha.

Otros aspectos presentes en esta narrativa, que corroboran las hipótesis planteadas por este estudio, es la vulnerabilidad de la mujer y del inmigrante a la infección por VIH. Como también la relación entre esta vulnerabilidad y la dimensión afectiva que, en el caso de muchos inmigrantes, se ve muy afectada debido a la soledad y la falta de apoyo social, que en el caso específico de OM, ha sido enfatizada por la condición de mujer africana con poca capacidad de negociación para el uso del condón, debido al machismo cultural, aspecto, como ya ha sido discutido en los apartados anteriores, todavía sigue existiendo en muchas de las sociedades, incluso las consideradas más desarrolladas.

Antes tuve un novio que este sí lo tenía y no me dijo nada. Él sabía que tenía, hacía tratamiento, pero no me dijo nada. Este ya estaba aquí, es de Camerún, yo fui infectada aquí, porque cuando baje del avión, con dos días, fui hacerme una analítica en Madrid y no tenía nada. Pasó unos meses y conocí a este chico, él me gustó y estábamos de relación. Llegué aquí encontré un trabajo y un novio en el trabajo, de ahí comencé con esta “cosa” que tengo en el cuerpo.

Yo siempre fui una chica que usé condón, cuando los hombres me preguntaban porque siempre quieres usar condón yo les decía porque no quiero embarazo y punto, pero conocí a este chico y me enamoré de él y he relajado y confié en él. El enamoramiento te vuelve tonta!

Según se ha recogido en los discursos de los profesionales socio-sanitarios, en los Grupos de Discusión y en las Entrevistas en Profundidad, un número importante de hombres seropositivos de origen subsahariano suele negar su infección por VIH, infectando así a sus parejas. Una vez que estas mujeres descubren también su condición de seropositiva, y cuestionan el motivo de la infección, estos hombres muchas veces llegan a apartarse de ellas y de sus hijos, formando nuevos vínculos afectivos en otras regiones, creando una especie de círculo vicioso, donde el varón funciona como un propagador de la enfermedad. Este fenómeno es facilitado por la alta movilidad de los inmigrantes africanos en territorio español, que suelen dedicarse a trabajos estacionales en el campo, lo que les posibilita construir nuevos vínculos en lugares distintos.

Otro aspecto que puede justificar este tipo de conducta, es el prejuicio que las comunidades subsaharianas tienen a cerca de los seropositivos, lo que les causa un verdadero pánico ante de la posibilidad de que algún miembro de su grupo sepa de su condición de seropositivo. En este sentido, el testimonio de OM ha corroborado también esta situación problemática circunscrita en este colectivo, que merece ser mejor debatida por estudios psicosociales que se detengan en este fenómeno específicamente.

Sin embargo, el miedo de comunicar la seropositividad a los miembros de la propia familia o del grupo también está presente en OM, que

según sus propias palabras, no ha comunicado que tiene el VIH a ningún miembro de su familia o de su ciudad natal, lo que evidencia el estigma a que están sometidos los seropositivos en África. Pero vale resaltar que este miedo también fue verificado en los seropositivos latinoamericanos participantes del estudio, aunque en menor grado, pues estos, una vez hayan elaborado psicológicamente el diagnóstico y aceptado su condición, han comunicado su situación, por lo menos a los miembros más cercanos de su familia, como pueden ser los padres e hijos. Es importante destacar que el avance en los tratamientos antiretrovirales, cada vez más eficaces, permiten que el individuo pueda ocultar más fácilmente la seropositividad, hecho que introduce la dimensión ética al tratamiento.

Ninguno de mi familia lo sabe, como te digo, yo soy una persona que siempre he viajado sola, estoy sola y voy donde sea sola. Y no quiero hacer daño a mi familia diciéndoles lo que tengo (...) Hay muchas familias que tienen un rechazo a la persona que tiene esta enfermedad, pues con eso me detengo, me refugio en mi misma para no decírselos, porque me haría más daño que un hermano, mi propia madre o mi padre, me rechazara por lo que tengo, ahí sí, me moriría totalmente!

Yo he percibido que si no digo a nadie que tengo eso nadie lo va a saber y así he estado. Viviendo con gente, compartiendo con gente normales, yo no he hecho daño a nadie, tampoco siente que me han hecho nada porque yo he sido cómplice de lo que me pasa. Yo vivo como una persona normal.

Ambos ejemplos ilustran muy bien como el miedo al estigma y al rechazo influyen en la decisión de no contar sobre la seropositividad a las personas más cercanas, además son una prueba valiosa de que el prejuicio

hacia las personas con VIH/Sida aun sigue siendo unos de los factores más importantes para la disminución de la calidad de vida de los infectados por el VIH.

Es importante resaltar que el prejuicio, el rechazo y la discriminación hacia las personas seropositivas abarcan aspectos que no están apenas asociados a la idea de muerte, como es, por ejemplo, el caso del juicio moral asociado a los comportamientos sexuales de las personas seropositivas. Este tipo de juicio está relacionado con la forma que la infección se ha propagado en sus primeros años de presencial social, afectando principalmente los colectivos de homosexuales, drogadictos y prostitutas, lo que ha resultado en una asociación directa entre la enfermedad y la idea de castigo divino. Esta asociación puede ser observada incluso en la actualidad, principalmente en las sociedades más conservadoras, que reciben fuerte influencia de los dogmas religiosos, o con un bajo nivel de información sobre el fenómeno.

El problema del rechazo existe, porque hay personas que piensan que cuando tienes esta enfermedad, tienes que ser una persona muerta. Tienen a relacionar la enfermedad con drogadicción, o sea, con cosas raras, no saben que una persona puede tener esta enfermedad, como cualquier otra y que pueden cuidarse.

Todavía con respecto al tema del rechazo, la narrativa de OM ha corroborado también la hipótesis de que la inmigración añade al

afrontamiento de la seropositividad una sobrecarga importante, dato también corroborado por las otras Historias de Vida analizadas en este apartado. Los inmigrantes económicos de una manera general son más vulnerables a las conductas discriminatorias, incluso que estás sean negadas por lo miembros de la sociedad de acogida, si además, estos colectivos necesitan utilizar espacios y servicios públicos, que a priori deberían estar destinados a los autóctonos, como es por ejemplo, el sistema sanitario, el rechazo puede ser resaltado. Es importante destacar que según se ha recogido en los discursos de los profesionales socio-sanitarios, analizados anteriormente, la crisis financiera que está pasando España ha también agudizado el sentimiento de xenofobia en la sociedad. El testimonio de OM también expresa esta situación.

Muchas veces creo que no me han dado informaciones por rechazo. Hay mucha diferencia en el trato dado a una persona de España a una que no es de aquí. Cuando ven que eres inmigrante a veces la ignorancia les hace decir: esos son los que traen esas enfermedades aquí. (...) Hay momentos que llegas en un sitio y si eres un inmigrante y estás entre españoles, y si eres negra, para decirlo concretamente, o eres mestizo, te miran como si fueras lo peor. Lo noto eso muchísimo! A no ser que sea un hombre que quiera tener algo contigo, eso es lo que me pasa por la calle.

También se ha podido verificar en este fragmento de discurso, que el hecho de ser negra y mujer, empeora todavía más la situación de prejuicio sufrida por los inmigrantes en España. La asociación de los negros a su pasado de esclavitud, como también, de las mujeres negras a la condición de

objeto sexual, son aspectos importantes a la hora de comprender como se desarrollan los comportamientos discriminatorios hacia este colectivo.

Es importante recordar que muchas de las mujeres africanas que han inmigrado a España, han ejercido la prostitución, hecho que acaba llevando a una asociación de la mujer negra, africana, al sexo. Sin embargo, este hecho puede generar una expectativa en la sociedad de acogida a cerca de este colectivo lo que puede influir en la conducta de estas mujeres. Hecho parecido ocurre con los inmigrantes latinoamericanos, como fue expuesto anteriormente en la primera Historia de Vida analizada.

Con respecto al contenido presente en la narrativa de OM relativo a las relaciones afectivas y sexuales ocurridas después del diagnóstico, se ha percibido un importante cambio en la manera como esta vive y desarrolla tales relaciones. El rechazo en el ámbito afectivo es una experiencia amarga que afecta profundamente la autoestima de las personas con VIH. De esta forma, el miedo y la desconfianza de OM hacia las parejas ha aumentado debido a algunas experiencias negativas vividas por la protagonista, como las descritas en la citación a continuación.

He contado a dos personas que han reaccionado mal. El primero que le conté, estuvimos saliendo por dos semanas, sin sexo, le estuve primero mirando y un día le conté (...) me dijo porque no me has dicho antes, nadie puede saber lo que tienes y él se fue y, al final, se lo contó a todos sus amigos y un día al encontrarme por la calle delante de otra gente me dice: ¿Cómo vas chica con tus pastillas?

Con relación al ámbito sexual específicamente, el testimonio de OM es muy esclarecedor a la hora de entender cómo se desarrolla la sexualidad después del descubrimiento de la infección, sobretodo, en aquellas personas que fueron infectadas a través de la vía sexual. La toma de consciencia de la condición de seropositivo implica cambios en todas las dimensiones de la vida, causando un proceso de reestructuración de la identidad que afecta también la manera como estas personas viven su sexualidad.

El sexo es algo que ha cambiado mucho en mi vida después que descubrí que tengo eso, porque tengo pánico de hacerme a mi misma daño o hacer daño a las personas, y se me viene muy pocas veces el sexo a la cabeza, no pienso mucho en sexo. Ha afectado mi condición sexual. Hay gente que puedes contárselo lo que tienes y todo bien, pero hay otras que no, y tienes que hacerlo ocultado, pero previniéndote y eso es lo que me duele, me da corte y yo no disfruto nada.

Síntomas como la falta de libido, de interés sexual, así como, el cuidado obsesivo para evitar la infección de las parejas han sido evocados por la narradora como los principales motivos relacionados con la disminución de su interés sexual. No obstante, el ocultamiento de la condición de seropositiva y el temor al rechazo de la pareja sexual, han sido evocados como la causa para el surgimiento de tales síntomas. El estrés psicológico que supone llevar adelante una relación sexual, debido a los aspectos antes citados, es el motivo que lleva todo OM a evitar este tipo de relaciones. Pero es necesario resaltar, que tal reacción está íntimamente asociada a su carácter,

pues, otros individuos pueden reaccionar de manera distinta, negando la seropositividad, o incluso decidiendo infectar deliberadamente a otras personas.

Con respecto al tratamiento antirretroviral, el ejemplo de OM es muy importante en el sentido de reafirmar la importancia de la adhesión al tratamiento para el aumento de la calidad y expectativa de vida de las personas seropositivas. La narradora tiene un aspecto bastante sano, y una actitud muy proactiva y eso, según sus propias palabras, se debe a la manera como esta lleva a cabo el seguimiento del tratamiento y sus pautas de cuidado con el cuerpo y la salud.

Yo estoy bien porque nunca, nunca, nunca he fallado mi medicación, por eso tengo buenas defensas y nunca me he enfermado, intento estar así, porque espero el día que eso salga de mi cuerpo. Solo me pasó una vez que he viajado y me he olvidado las medicinas y me pasé un día sin tomarlas y al día siguiente ya las tomé.

Se ha podido observar en la Historia de Vida de OM, que la condición de seropositiva ha sido aceptada por la misma, como consecuencia, las pautas de tratamiento, también han sido incorporadas a sus hábitos cotidianos de forma muy natural, a pesar de las molestias que el tratamiento pueda por ventura causar. Hecho que corrobora la importancia de la aceptación de la seropositividad para el seguimiento adecuado del tratamiento,

aspecto resaltado por los profesionales de salud entrevistados en esta investigación.

Sin embargo, en que lo se refiere a los efectos adversos causados por los medicamentos, la narradora, los ha sentido en el inicio del tratamiento, durante el periodo de adaptación a los antiretrovirales, como se puede observar en el fragmento de discurso a continuación:

Cuando empecé el tratamiento tomé unas pastillas por dos meses y tuve una reacción tremenda. Dormía por la noche y cuando me despertaba se me hinchaba toda la cara y me rascaba el cuerpo, la piel y, muchas veces no tenía ganas de comer, me debilitaba y me sentía muy mal. También me ha dado un poco diarrea, pero los picores en el cuerpo y los granos en la cara fue lo que yo sentí más. Al cambiarme la medicación ya no me volvió a molestar eso. Lo único que pasa ahora, es el estómago que dependiendo de lo que como, me duele, tengo gastritis y un poco de insomnio.

Los síntomas descritos por OM son muy parecidos a los descritos por EC en la anterior Historia de Vida analizada, como también, son muy semejantes los tiempos de infección de ambas, lo que nos lleva a inferir que tales efectos adversos están relacionados con el tipo de medicación facilitada a los pacientes en aquel momento, como también, con el periodo de adaptación necesario para que el cuerpo se acostumbre con los antiretrovirales.

Es importante recordar que los medicamentos han evolucionado mucho en las últimas décadas y que, actualmente, presentan efectos adversos y un período de adaptación menos molestos de los que presentaban en la

época que las participantes comenzaron sus tratamientos, pero, tampoco es prudente afirmar que el tratamiento disponible actualmente está completamente libre de efectos colaterales, idea que viene siendo ampliamente vehiculada por el sentido común, y que juntamente con la idea de cronificación, está repercutiendo en una relajación de las prácticas de prevención sobre todo entre los jóvenes, como ya ha sido comentando en el apartado teórico de este estudio.

Otro aspecto evidenciado por la narradora referente al afrontamiento de la seropositividad, es el acceso a las informaciones. De acuerdo con las palabras del OM, el paciente seropositivo tiene la necesidad de recibir informaciones constantes y actualizadas sobre las pautas de tratamiento, sobre los avances de las medicinas y, también, a cerca del estado en lo que concierne a la posibilidad de cura definitiva de la enfermedad. Según OM la esperanza de un día estar libre del VIH ayuda a soportar la carga impuesta por su tratamiento y estigma.

Te digo yo siempre me informé sola, te diría a oscuras y en silencio, investigando y escuchando todo lo que se habla, poniéndome en día sobre la enfermedad. Hasta llegué a faltar en el trabajo solo para estar todo el día investigando a ver se salía algo novedoso para personas como yo, es desesperante, pero sigo esperando. De dan poca información y a la vez de dicen: espera, espera, espera!

En la narrativa de OM, también se ha podido verificar la relevancia de elaborarse un nuevo proyecto de vida después de la seropositividad, lo que

ayudaría en el proceso de afrontamiento, una vez que los cambios en la vida provocados por todos los factores asociados a esta nueva realidad, y ya descritos en este análisis, también imponen nuevos retos a ser superados. Estos desafíos, enfrentados a través de una actitud resiliente, pueden servir como combustible para que el individuo pueda seguir luchando por la vida y, consecuentemente, dando un sentido para ella.

En el caso de la protagonista de esta historia, sus expectativas de futuro han sido expresas en el sueño de la maternidad, que a priori, había sido frustrado por el diagnóstico de seropositividad, sin embargo, a pesar de los problemas de comunicación relatados por la misma en ámbito de la salud, fue a través de la búsqueda por informaciones acerca de su enfermedad, que ella descubrió la posibilidad de generar un hijo sano, incluso estando infectada por el VIH.

Mi sueño sería tener un hijo y que él fuera sano, ni que no tuviera lo de comer pero mi hijo fuera sano yo sería la persona más feliz. Cuando yo he visto la noticia de que aquí en valencia iban a comenzar a ayudar las mujeres con VIH a tener hijos, que iban a empezar ese programa yo me compre una botella de vino y me la abrí sola en casa, me sentí un alivio! Eso hace unos años, tengo la revista recortada y todo!

De esta forma, la conexión entre los principales aspectos evocados en la narrativa de OM, corroboran el abordaje planteado en este análisis con respecto al concepto de resiliencia, pues fueron justo la manera desastrosa que le fue anunciada su infección, las barreras impuestas por la condición de

mujer negra y inmigrante, como también, la dificultad de acceso a las informaciones, que han movilizado en la protagonista su autonomía y las ganas de luchar por la vida. Pero también es importante destacar que su formación familiar sólida puede haber tenido un papel relevante en la manera como se ha desarrollado su actitud con respecto a la seropositividad.

Sin embargo, se observa en el discurso de OM, que es cuando ella intenta atribuir un significado a la vida con HIV, que se evidencian sus debilidades a la hora de afrontar la seropositividad en la condición de inmigrante.

Es tener límites de muchas cosas y también es vivir en una soledad tremenda, eso es lo que me mata, y trae tristeza, aunque intento usar mi fuerza, pero sí que te hace perder la privacidad y la independencia, es horrible tener VIH estando fuera de tu país sin tener a tu gente y no poder decirlo a tu familia, es lo peor que puede haber.

Para la protagonista y narradora de esta Historia de Vida tener VIH está asociado directamente a la condición de inmigrante, una vez que la infección, según su testimonio, ha ocurrido cuando esta ya había emigrado a España. También está relacionado con su condición de mujer, y con la soledad que el estigma y el prejuicio por ser inmigrante y VIH positivo le imponen, como también, con la soledad causada por la distancia de los familiares y amigos queridos. De esta manera, la narrativa de OM demuestra claramente que el afrontamiento del VIH/Sida es un proceso duro pero, sobre

todo, corrobora la tesis de que la condición de inmigrante le confiere aún más barreras a ser superadas.

Historia de Vida 04: VIH, Inmigración y Apoyo Social

Yo he vivido de ayuda después de que he tenido eso, Melilla Acoge, Cruz Roja, Valencia Acoge, y si ahora no hay más ayudas, la gente como yo no se que como va vivir.

(AF – Hombre, 36 años)

Se ha decidido empezar el análisis de la Historia de Vida de AF, a partir de dos aspectos que han sido evocados por todos los participantes de esta etapa de esta investigación: el *apoyo social* y la *crisis financiera* que está afectando España en la actualidad. Se debe aclarar que la importancia atribuida a las acciones de apoyo recibida por estos inmigrantes, puede estar relacionada con el hecho de que ellos reciben apoyo por parte de ONGs, pues fue por intermedio de estas, que todos han sido contactados y invitados a participar del estudio.

El testigo de AF, así como de los demás participantes, tiene mucho valor, en la medida que refleja su experiencia directa con el trabajo realizado por las ONGs y asociaciones que prestan apoyo a los inmigrantes, personas seropositivas, o en situación de vulnerabilidad social. También se ha podido observar, que los problemas de orden económico vividos en la actualidad se están dilatando cada vez más en el tiempo, hecho que está afectando las

condiciones de trabajo de estas instituciones, como ya se había podido observar en el momento en que fueron realizadas estas narrativas, sin embargo, los problemas en el escenario económico y político se han agudizado más aun desde entonces.

De ahí viene la preocupación del protagonista de esta narrativa, pues, como inmigrante subsahariano, negro, con dificultades con el idioma, con bajo nivel de escolaridad y seropositivo, sería imposible llevar una vida digna, en este país, sin el apoyo social recibido por tales organizaciones.

Quando yo llegue aquí, la cruz roja me ha ayudado, me ha conseguido una habitación, yo he hecho cursos, me ha ayudado a conseguir trabajo y muchas cosas. Cuando llegué a valencia la cruz roja y valencia acoge también me han ayudado a pedir ayuda y había ayuda. Pero ahora la cosa ha cambiado, con el tiempo que estoy aquí yo percibo, pero uno que ha acabado de llegar no puede saber. Antes había trabajo, se podía ir a trabajar en la naranja y un día ganaba cien euros. ¿Pero ahora mismo dónde trabajar?

Este fragmento de discurso es una síntesis tanto del tipo de labor realizado por las ONGs y asociaciones, en su objetivo de ayudar en la integración de los inmigrantes en la sociedad de acogida, así como, evidencia las consecuencias de los problemas económicos vividos por España y Europa. De esta forma, la actuación de estas instituciones y los efectos de la crisis están asociados a la condición de los inmigrantes en mayor situación de vulnerabilidad, hecho que demuestra la correlación directa entre estos dos aspectos. Pues una vez que los efectos de la crisis agudizan los problemas de

colectivos vulnerables, aumenta también la necesidad de actuación por parte de estas organizaciones, una vez que el Estado, con la justificación de una debilidad financiera, tiende a alejarse cada vez más de su carácter proveedor, lo que dificulta el trabajo de las ONGs, asociaciones comunitarias, cada vez menos solventes, a pesar del aumento de la demanda por sus intervenciones.

Lo explicitado en estas líneas, revela el carácter más perverso de nuestro momento histórico, donde, los más pobres y vulnerables socialmente son los más afectados. También se puede inferir que la degradación en las condiciones de vida de estas personas puede cronificar la pobreza de muchos colectivos, repercutiendo en un aumento en la criminalidad y en la disminución de las condiciones de Bienestar Social como un todo.

Así, se ha decidido utilizar este análisis como un instrumento para intentar comprender, de forma dinámica, como se produce este tipo de vulnerabilidad. En este sentido, la historia de AF es como la muchos otros varones subsaharianos que, en busca de mejores condiciones de vida para sí y sus familiares, han decidido hacer una de las travesías migratorias más complicadas y peligrosas del mundo: una travesía por desiertos y países en situaciones de conflictos armados, religiosos, con una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y tropicales como, paludismo, malaria y el Sida. Una verdadera Odisea, que a pesar de haber sido superada por AF, ha dejado el VIH como cicatriz.

Cuando hice 18 años he decidido salir de mi país, he pedido a mi madre, mama tengo que ir buscame la vida y he empezado a viajar hasta que he llegado a Marruecos. He pasado por Nigeria, Guinea, Cuesta del Marfil, Senegal, Gambia, Mauritania, Argelia, Túnez, Egipto, mas de 8 años por ahí, hasta llegar a Marruecos. Desde de Marruecos he decidido vivir en Europa y el país más cerca de Marruecos era España.

Es muy difícil inmigrar allí en África, muy duro, sobrevivir, trabajar, tener que dormir en el desierto, haces cosas que tú no puedes creer. Tu eres joven, no estás en tu país y tienes que aprender con la vida.

Los ejemplos extraídos del discurso de AF demuestran el largo viaje a la que estos inmigrantes suelen realizar en el intento de llegar a Europa, que para ellos representa un mundo nuevo y lleno de oportunidades, pero en realidad, lo que encuentran tanto en el periodo de viaje como en el destino de llegada, son más dificultades, lo que afecta mucho sus condiciones de salud tanto física cuanto psicológica.

Sin embargo, de acuerdo con las palabras del protagonista, uno de los periodos más difíciles de esta travesía es el acampamiento de refugiados ubicado en Marruecos en la frontera con Melilla, como se puede observar a continuación.

Antes de cruzar la valla hay un bosque. Es muy difícil vivir allí! La gente muere a cada día, gente de todos los países de África. Creo que viven más de 10 mil personas allí y cada comunidad tiene su sitio. Ahora que es frío, vienen los policías de Marruecos y toman todas la ropas, queman todo, pega a la gente, roban todo lo que tiene la gente. A veces vienen los ladrones Marroquíes para acosar, robar a algunos que tienen poco dinero, móviles, lo que sea. Explotan las mujeres, violan a todos. La gente come basura para sobrevivir y se te coge la policía te hacen volver más de 1500 km.

El testigo de AF corrobora el discurso de los profesionales de Cruz Roja, que han participado del estudio en las etapas anteriores, y que ya habían comunicado la realidad vivida por estas personas en aquella zona, gracias a las informaciones adquiridas a través de la convivencia con estos inmigrantes, que han necesitado el apoyo profesional de Cruz Roja ya en territorio español.

Al contrastar las informaciones, se pudo inferir que lo expuesto en el discurso del narrador está basado en experiencias reales, lo que denota un total desapego de la comunidad internacional con la situación de estos seres humanos, a quien se han negado históricamente las mínimas condiciones de vida. España y Marruecos, los países política y económicamente involucrados directamente con el flujo migratorio de los inmigrantes subsaharianos, han estado, en los últimos años, más interesados en la dimensión política, a través de acuerdos que fomentaran un marco regulatorio para el control de la entrada de estos inmigrantes en Europa, que con las condiciones deshumanas en las que viven estas personas, como se ha podido verificar en el artículo de López Sala, (2012).

Las barbaridades a que están sometidos los inmigrantes subsaharianos en Marruecos pueden estar en el origen de muchos de los casos de infección por VIH en este colectivo, que debido a factores como: *la falta de informaciones* adecuadas sobre la enfermedad, *la necesidad de*

supervivencia, el *alto índice de prevalencia en los territorios de tránsito* de estas personas, así como, *los abusos sufridos*, incluso en la esfera sexual. Estos factores vulnerabilizan este colectivo a la infección por VIH. La situación de estancamiento en la zona fronteriza, provocada por el cerco realizado por el gobierno marroquí a estos inmigrantes, apoyado por el Estado Español, como parte de la política de defensa de la integridad europea, según se ha recogido en Triandafyllidou, (2010), hace que los más diferentes colectivos se queden atrapados en una zona relativamente pequeña, sin leyes y sin apenas presencia del Estado, hecho que también puede ser un factor de vulnerabilidad a la infección.

Además, el discurso de AF también ha evocado el tema del prejuicio y rechazo del pueblo marroquí hacia las personas de etnia negra, cuestión que añadiría todavía más dificultades para estos colectivos en el periodo de paso por Marruecos, como se puede observar a continuación.

Ser negro en Marruecos es un problema, ser subsahariano. Hay marroquíes negros también, pero la gente blanca de allí ven los negros de Marruecos como esclavos. Creo que hasta ahora no ha terminado la esclavitud en Marruecos, porque es un mundo Árabe.

El sentimiento de rechazo y el prejuicio hacia este colectivo específico, según las propias palabras del protagonista, sirven como justificativa para las actitudes discriminatorias y barbaridades acometidas por parte de la sociedad, policía y gobierno marroquí, contra los subsaharianos.

Los casos de abuso, violaciones y explotación sexual de mujeres africanas a cambio de protección, según el testigo de AF, también son muy comunes en la zona, hecho que también puede estar relacionado con la prevalencia de VIH en las mujeres subsaharianas, así como, con el alto vínculo de las mismas con la prostitución en territorio español. Sin embargo, sería necesaria una investigación más profunda a cerca de este tema específicamente, para la realización de inferencias más precisas.

Cuando el narrador se refiere al momento de la infección por VIH, expone sus dudas con respecto a la vía de transmisión, estando una de las posibilidades planteada por él asociada una creencia de infección deliberada, con la intención de matarle, hecho que llama la atención por corroborar el discurso de algunos profesionales entrevistados, que también han mencionado la existencia de este tipo de creencias conspiratorias en este colectivo, como se puede observar en las propias palabras de AF:

Hay dos opciones de lo que tengo: o me han inyectado la enfermedad para matarme o la he cogido! Porque me ha dicho un medico en Melilla que yo podía hacer la denuncia del hospital donde estaba cuando he llegado a España? No sé porque me ha dicho él?. Me había hecho unos cortes, unas heridas, me golpearon cuando intentaba pasar, y esto se ha infectado, y me han llevado al centro de salud, el médico me pinchaba cosas y yo le preguntaba que era en francés, él hablaba francés y no me contestaba. En los centros de salud nadie pierde su tiempo, pasaba 3, 4 cuatro días sin ducharme, porque yo necesitaba ayuda para eso y nadie venía ayudarme. Por eso un medico de allí, que era un hombre no falso, me ha dicho: tu puedes hacer una denuncia.

Probablemente, la denuncia de la cual el médico hablaba, se refería a las condiciones precarias a que fue tratado el narrador, sin embargo, este suceso le ha servido como un elemento para justificar su creencia de infección provocada, que a lo que parece, es ampliamente vehiculada por los inmigrantes subsaharianos. Este tipo de teorías conspiratorias suelen ser rápidamente desacreditadas por los medios oficiales y académicos, primero porque expresan una situación absurda sin respaldo, como también no se justifican desde el punto de vista económico, una vez que los tratamientos antirretrovirales son muy costosos para el Estado que los ofrece gratuitamente. No obstante, tales creencias pueden estar basadas en características de las propias culturas de donde provienen estos inmigrantes, fomentadas por el historial de sufrimiento, esclavitud, abusos, maltratos, como también, debido al bajo valor atribuido por el mundo occidental a la vida de los Africanos. Los significados sociales de estos hechos son transmitidos intergeracionalmente y pueden estar en la raíz de estos pensamientos paranoicos.

Es importante resaltar que, la única certeza presente del discurso del narrador con respecto al tema de la infección es sobre el momento en que esta ocurrió, como se puede verificar en el fragmento de discurso presentado a continuación:

Seguro que no he cogido en mi país, lo he cogido en Marruecos! Porque cuando he hecho el análisis yo todavía no tenía ningún efecto en mi cuerpo, el virus era nuevo, estaba hace poco en mi cuerpo, no eran dos o tres años con que tenía en mi cuerpo. Era nuevo!

Esta afirmación denota, más una vez, la vulnerabilidad de los inmigrantes presentes en la zona de frontera entre Marruecos y España, como también la responsabilidad de ambos países involucrados en esta situación, que como ya hemos visto, priorizan políticas represivas en detrimento de las preventivas, importando para la región un modelo fallido y ineficaz, basta observar el número de subsaharianos que llegan a cada año en territorio marroquí y español, pese o no, los efectos de la crisis económica.

Otro aspecto relacionado por AF a su infección por VIH fue la falta de informaciones correctas acerca de la enfermedad. La historia del narrador es una prueba de cómo ciertas creencias y mitos sin fundamentos científicos pueden ser perjudiciales para las personas, principalmente cuando están asociadas a las enfermedades y sus tratamientos.

No sabía nada sobre el VIH, escuchaba pero no podía creer que yo fuera pasar por eso. Escuchaba hay Sida. Allá en Marruecos me decían que eso era un negocio, que era mentira, que es una enfermedad que la han inventado para vender preservativo. Eso es lo que dice la gente, pero ahora lo creo es verdad. Cuando voy el médico el me muestra como están mis defensas. En África mucha gente piensa así, hasta aquí hay gente que piensa que el Sida es una mentira.

Como se ha podido recoger en Bueno Abad y Vilchez (2008), el nivel de información es una herramienta muy importante para la prevención del VIH/Sida, a pesar de la dificultad para cambiar los hábitos sexuales con la finalidad de inhibir las conductas de riesgo, incluso en personas con alto nivel de información. Si en las sociedades con alto grado de formación educacional y con un conocimiento satisfactorio a cerca de la enfermedad, las conductas de riesgo son muy difíciles de ser trabajadas y cambiadas, se puede suponer que, en zonas como África Subsahariana, el cambio de estas prácticas sea una tarea casi utópica, si a eso añadimos creencias como la descrita por AF, esta labor se hace casi imposible.

Es importante destacar que el protagonista de esta historia también ha corroborado, así como los demás participantes, el temor de contar a los familiares su condición de seropositivo. Aunque los motivos que han llevado a estos actores sociales a omitir su condición sean distintos, la realidad es que este aspecto resalta la dificultad inherente al acto de asumir la enfermedad para los demás, incluso cuando estos son muy cercanos.

Nadie de mi familia sabe que tengo eso, solo mi niña sabe. Tengo una niña de 13 años en África. Le he dicho que cuídate, pues dice aquí que es verdad y yo lo tengo. Ella está en África, ninguna otra persona de mi familia o amigo lo sabe. Pero un día quiero decir a la gente, pero solo cuando yo pueda ayudar a los otros. Para que me sirve decir eso a la gente si yo no puedo ayudar a otros enfermos, que hay un montón en África.

Este aspecto, observado en las cuatro Historias de Vida analizadas, también evidencia la soledad en que la viven los inmigrantes seropositivos. Haciendo una revisión de lo discutido en las narrativas anteriores, se puede inferir que los motivos que llevan a estos actores sociales a ocultar su enfermedad, van desde el miedo al rechazo, pasando por evitar el sufrimiento de los familiares, hasta la dificultad de asumir el fracaso en la tarea de emigrar para ayudar los familiares, pues, muchos de los inmigrantes llevan en sus maletas la esperanza de una vida mejor para sus seres queridos.

El caso de AF, primogénito y único hombre, en una familia de siete hijos, la responsabilidad de conseguir ayudar a los que había dejado atrás era tan grande que, delante del diagnóstico de seropositividad y como consecuencia del estigma de la enfermedad en su país, ha decidido quitarse la vida en dos ocasiones.

Para mi la vida ya había acabado, como sonaba en mi cabeza, tener VIH (...) cómo voy a decir? Mejor morir que decir a la gente! Gente de mi familia, amigos, soy orgulloso! Tenía que morir, quería morir! Y lo intenté dos veces! (...) Soy el único hombre de mi familia, tenía que trabajar, que cazar, y con la enfermedad sentí que ya no servía para nada, por eso decidí matarme.

En el discurso del protagonista también se ve reflejada la asociación entre el VIH/sida y la muerte, corroborada por las demás narrativas analizadas en este estudio, que en su caso, específicamente, le ha llevado a

intentar suicidarse como salida para la humillación que suponía asumir esta condición para aquellos que habían depositado en él sus esperanzas.

Otros factores tanto de orden individual como social pueden estar asociados a esta conducta presentada por AF, sin embargo, para hacer una evaluación a cerca de los factores de orden individual, serian necesarios otros instrumentos que llevaran en consideración los determinantes psicológicos asociados. Pero, en lo que se refiere a los aspectos de orden social, se puede inferir que la falta de conocimiento sobre la expectativa y calidad de vida que puede llegar a tener una persona seropositiva en tratamiento, como las circunstancias en que fue realizado el diagnostico, hayan influenciado en los intentos del protagonista quitarse la vida.

Hay un montón de gente allí esperando, y te dan un número, o un color, o un nombre falso y luego en medio de todos te dicen: naranja es seropositivo, de alguna forma vas a saber (...) no sabía la significación del VIH, sabía que es Sida, y por eso he decidido de morir

Como se ha podido observar en la citación, las circunstancias en las que se han realizado el comunicado de la infección para el narrador, fueron inapropiadas, hecho que corrobora la tesis de que el acogimiento en este momento es fundamental para el desarrollo positivo del futuro proceso de afrontamiento. En el caso de AF, las contingencias, a lo que todo indica, tuvieron un papel fundamental en la forma negativa como el mismo ha reaccionado a la noticia.

Salí del centro y fui a la mi habitación y tomé 45 pastillas de amoxicilina, para morir. Según en África el Sida es igual a la muerte, porque allí muere la gente todos los días por eso.

No obstante, pero aun corroborando la importancia del acogimiento, fue después de los intentos de suicidio que el protagonista fue derivado por Cruz Roja a una ONG (Melilla Acoge) que le ha prestado el acompañamiento psicológico y las informaciones necesarias para que él comprendiera y aceptara su condición de seropositivo para, a partir de ahí, empezar el proceso de afrontamiento .

En Melilla Acoge, había una psicóloga que me venía a ver dos veces al día, y me ha ayudado a remontarme, y yo vivía allí, comía allí, hasta que he comenzado a hacer un curso de informática. Yo tenía un amigo, un negro como yo, que compartía habitación conmigo y fue la primera persona que he contado. Y él me dijo olvídate, eres un deportista, tu vas poder vivir mucho tiempo, tranquilo! Él tenía más tiempo de Europa que yo, y eso me ayudó mucho a intentar vivir!

Además de la importancia del acogimiento y de un acompañamiento profesional adecuado en la situación de diagnóstico, este fragmento de discurso también evidencia la importancia del apoyo social, tanto a nivel institucional como personal. Vivir una noticia de esta naturaleza en completa soledad puede ser insoportable dependiendo de la condición psicológica del individuo, lo que puede repercutir en las más variadas reacciones, entre ellas, el propio suicidio. El apoyo social en el ámbito

institucional se hace necesario sobre todo para las personas en situación de vulnerabilidad social, como es el caso de AF, que se encontraba solo y en una situación límite, amplificada por el estrés causado por los años de viaje y por la expectativa de los familiares.

Es importante resaltar que el diagnóstico, para el narrador, ocurre justo en el momento en que este había alcanzado su objetivo de llegar a Europa, y de esta forma, había conquistado el tan soñado Eldorado, lo que imprime al descubrimiento de la seropositividad un carácter aun más aterrador, tirando por tierra todo el esfuerzo emprendido por AF en los años de travesía de África hasta llegar a España. De esta manera, se ha podido inferir, a partir de un enfoque psicosocial, que este aspecto asociado al significado de la enfermedad en su país de origen, han sido los factores preponderantes para la decisión de suicidarse.

El testimonio de AF también corrobora la tesis de que la inmigración aporta a la condición de seropositivo una sobrecarga poderosa y difícil de soportar, lo específico de su caso, es que el proceso de inmigración fue mucho más desgastante y demorado, lo que junto a los factores de orden psicológico e individual, han afectado profundamente su estado de ánimo.

A pesar de la manera traumática como comenzó la relación del protagonista con la seropositividad, el proceso de afrontamiento para él fue desencadenado de manera satisfactoria. Es importante destacar que en su caso,

el apoyo social, fue muy importante para que el mismo entendiera lo que pasara, y también como defenderse del problema.

Pero ya en Valencia he ido a Valencia Acoge a ver al responsable y decir a ella: este es mi nombre, vale ahora como voy hacer? Y ella dijo tu tranquilo, que te voy a indicar un medico y tu te vas a un centro y me ha mandado a ver un medico.

A partir de las informaciones recibidas en Melilla, AF ha ido conociendo los canales por los cuales podía ir buscando cada vez más informaciones, de manera que no sólo el significado de su vida ha sido modificado, pero también, el significado de la enfermedad que él padecía.

Hago mi deporte, tomo mi medicación, vivo mi vida normal, si yo no lo digo nadie puede saber.

El VIH/Sida poco a poco fue recobrando un nuevo sentido y ha dejado de significar para el narrador la muerte. La enfermedad, una vez iniciado el proceso de afrontamiento, fue ganando una nueva representación, basada en la idea de cronificación, aproximando su condición a de los seropositivos autóctonos. A pesar de haber superado el momento crítico del diagnóstico, y el periodo de aceptación, la condición de inmigrante Africano confiere a la seropositividad otras barreras que necesitan ser superadas en el proceso de afrontamiento.

El prejuicio muchas veces es porque, primero pueden pensar que has ido a buscar una puta, después porque has hecho mal a Dios, es un castigo, pero uno puede haber cogido de cualquier otra manera y depende de la comprensión de la gente. Lo que hace con que la gente muera mucha es la vergüenza, por eso te he dicho que si fuera con camera no iría aceptar.

También se ha podido observar, en el discurso de AF, la percepción de la asociación entre el VIH/Sida y la idea de castigo, verificada en las demás narrativas, lo que corrobora la idea de que el prejuicio todavía siguen estando basado en este tipo de argumento, sin embargo es necesario observar que esta asociación es más fuerte en las culturas en las que las informaciones sobre la enfermedad y su tratamiento, así como, las vías de contagio, no han sido asimilados muy bien por la población en general, sea por la falta de campañas de prevención o por un bajo nivel educacional de los ciudadanos, como se podido recoger en Bueno Abad y Barros (2009).

No obstante, se ha podido percibir en la narrativa de AF que su comportamiento en lo que se refiere a las relaciones afectivas, a pesar de las informaciones adquiridas en España, siguen siendo influenciadas por la idea de castigo perpetrada en su país de origen como se puede observar en el fragmento de discurso presentado a continuación.

No tengo pareja porque hace seis años que no quiero una mujer! El comité está intentando hacer una rehabilitación para que yo pueda volver a hacer amor. No es que no pueda, pero no quiero. Para no pasar la enfermedad a alguien (...) Para mi vivir sin sexo es como una cárcel, tengo que pagar hasta salir de está cárcel. A mí me da como decimos en ingles un "Fuck up". Porque soy el único hombre y el mayor de mi familia y no puedo cambiar lo que ha dicho dios, porque desde que nací ele sabía lo que iba a tener y tengo.

Sin embargo, hay otros aspectos presentes en el discurso del narrador que también están relacionados con su dificultad en establecer relaciones afectivas y sexuales después de la seropositividad: el miedo de que descubran su condición de seropositivo y el miedo de infectar a otras personas. Estos aspectos también han sido resaltados por OM, en la Historia de Vida analizada anteriormente. Lo que lleva a inferir que el temor a contar sobre la seropositividad está relacionado con la representación que el VIH/Sida tiene en África, considerando que ambos participantes son de origen subsahariano.

Mi miedo mayor no es contaminar es mentir para la persona y luego decepcionar. Tengo miedo de decir a la persona y la persona puede decir a otro, entonces tengo que confiar hasta que el tiempo me de la seguridad. Podría salir con putas aquí, usar preservativo, pero no, tengo que hacer lo que pienso yo, hasta encontrar alguien y empezar una nueva vida.

Otro aspecto importante resaltado en la narrativa, fue la manera como el tratamiento antirretroviral afecta la vida del protagonista y su capacidad productiva. Como ya ha sido dicho anteriormente, el inmigrante económico tiene como objetivo principal para su decisión de emigrar, la búsqueda de trabajo y de mejores condiciones de vida, sin embargo, según las palabras de AF, el tratamiento antirretroviral afecta al individuo, sobre todo, en sus condiciones físicas, lo que imposibilita la realización de tareas que exigen demasiado esfuerzo físico, que son justo las más ejecutadas por los inmigrantes subsaharianos, como las cosechas bajo el sol en el campo, o las actividades pesadas en la construcción civil.

La persona que tiene VIH no tiene la respiración normal como la otra persona, porque la enfermedad ataca las defensas, yo tengo indetectable, pero no puedo trabajar de la mañana hasta la noche como una persona normal, porque se me puede bajar la defensa, es imposible. No es que no esté bien pero no puedo exagerar para no empeorar. Puedo trabajar una empresa, tener dos turnos, pero necesito un poco de tiempo, dos horas para descansar sabes, para no forzar.

Diferente de lo recogido en las narrativas anteriores, AF no ha mencionado efectos adversos importantes en su tratamiento como se puede observar en la citación siguiente:

Cuando he empezado a tomar la medicación he tenido algún problema, porque las pastillas son más fuertes que la marihuana, sabes? Tengo que tomar en el momento de dormir. Porque tu no la puede tomar y caminar, tienes que descansar de 3 a 4 horas. Porque te hace como una droga. Tomos dos pastillas de 600ml, cada día dos.

El único efecto mencionado por el protagonista fue la somnolencia, lo que le obliga a tomar las medicinas apenas por la noche, a la hora de acostarse, síntoma que no ha sido mencionado por los otros narradores. Es importante resaltar que AF ha empezado a hacer el tratamiento antirretroviral Hace menos tiempo que los demás participantes, lo que puede indicar que el mismo ya haya recibido el tratamiento inicial con medicinas más modernas y que producen efectos menos severos. Esta reacción también puede deberse a la manera como su cuerpo reacciona a las medicinas, porque también se debe

considerar que cada persona tiene un umbral distinto para los efectos secundario de los fármacos y sustancias.

Con respecto al acceso al sistema sanitario, el narrador no ha tenido problemas hasta el momento de la realización de este procedimiento. Según sus palabras, él fue derivado por Cruz Roja al hospital, y con la ayuda de los trabajadores sociales, ha accedido a la tarjeta sanitaria y al tratamiento antirretroviral, como también, a los controles de carga viral realizados rutinariamente.

El tratamiento aquí es normal, tengo la tarjeta sanitaria, para recibir la medicación no necesitas papel, sin problemas (...) Hice la tarjeta por cruz roja, me ha dado un papel y me han hecho tranquilamente, de la que no se cambia, definitiva.

Lo verificado en la narrativa de AF, con relación al acceso al sistema sanitario, evidencia la importancia del apoyo prestado por las ONGs a las personas en situación de vulnerabilidad social, como los inmigrantes seropositivos y sin papeles. De esta manera, sería necesario verificar en el futuro los efectos de las políticas antiinmigración implementadas en la actualidad, que visan restringir el acceso de los inmigrantes irregulares al sistema sanitario, lo que sobrecargaría todavía más estas organizaciones que ya ejecutan una labor muy importante, con el objetivo de tapar las grietas

dejadas por Estado, en su función de garantizar el mínimo estado de salud y dignidad para todos los ciudadanos.

En lo que concierne a los proyectos de vida, el narrador, así como los demás protagonistas de las historias analizadas, depositan sus expectativas en la familia, como se puede observar en la propias palabras de AF:

Me gustaría traer mi niña para vivir aquí, y mis hermanas, para ayudarme también a trabajar porque estoy aquí solo, sin trabajo y sin ayuda. Llega el fin del año y estas aquí solo, sin una comida, sin ayuda, si mi casa. A veces me llaman de allá y no cojo el teléfono porque ellos no saben la realidad como es difícil aquí ahora, piensan que es el Eldorado.

La familia, de acuerdo con los testimonios ofrecidos por las cuatro narrativas analizadas, ha tenido un papel fundamental en el proceso de afrontamiento de la seropositividad al VIH, tanto en lo que concierne a los aspectos positivos como negativos vinculados a la enfermedad. Las familias ha surgido como depositarias de las expectativas, pero también de las frustraciones de los actores sociales, ha sido fundamental como punto de apoyo, como también, ha motivado los proyectos de futuro, necesarios para que el proceso de afrontamiento recobre un sentido que lo justifique.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES

El presente apartado de conclusiones, contiene un resumen de los resultados obtenidos a partir de cada uno de los procedimientos realizados a lo largo de la investigación que compone esta tesis doctoral. Dicho estudio ha sido realizado con la utilización de una triangulación de técnicas cualitativas que han privilegiado el discurso y el protagonismo de los actores sociales. Inicialmente serán presentadas las conclusiones referidas a los Grupos de Discusión realizados con profesionales de ONGs que prestan servicios a personas en situación de pobreza, inmigrantes y personas seropositivas en estado de vulnerabilidad social; en segundo lugar, los resultados de las Entrevistas en Profundidad realizadas a profesionales sociosanitarios y finalmente, serán presentados los resultados de las Historias de Vida realizadas a inmigrantes que viven con VIH y el Sida. Para finalizar, serán propuestas algunas recomendaciones sobre posibles líneas de actuación en el ámbito de la intervención social y algunas sugerencias sobre temas para futuras investigaciones relacionados con el tema del Afrontamiento del VIH/Sida en el contexto de la inmigración dentro del enfoque psicosociológico.

5.1. Conclusiones Referentes a los Grupos de Discusión Realizados con Profesionales de ONGs y Unidades de Salud

Los resultados relativos a los Grupos de Discusión han relacionado los temas de inmigración y VIH/Sida a través de las representaciones sociales de profesionales de ONGs y unidades de atención a salud de la ciudad de Valencia a cerca de la referida temática. Las informaciones obtenidas por medio de los discursos de los actores sociales permitieron una análisis multidimensional de los factores asociados a la infección por VIH en población inmigrante, por medio de los aspectos consensuales y de las particularidades propias a inserción sociocultural y experiencia profesional de cada participante.

El estudio abordó el fenómeno de forma gradual considerando las dos principales variables de interés – inmigración y VIH/Sida – desde sus características más generales, como la situación de la inmigración en la actualidad, hasta sus factores más específicos, como el afrontamiento de la seropositividad en el contexto de la inmigración.

De acuerdo con los resultados de este estudio, la inmigración en España, a pesar de pasados todos estos años, todavía no fue completamente asimilada por la población y por la políticas públicas, generando todavía muchas contradicciones, tanto en el nivel de la percepción social, a través de

la propagación de estereotipos y conductas discriminatorias, como a nivel político, considerando que las leyes de inmigración que ya se presentaban ineficaces para manejar los problemas adversos, se han puesto más duras con el prolongamiento de la crisis financiera actual, además, se ha percibido el reforzamiento del discurso político de naturaleza xenófoba, utilizado como justificación para la implementación de estas leyes.

Recordando que las representaciones sociales, según Moscovici (2003) y Jodelet (2001) están vinculadas a actitudes, creencias, opiniones, estereotipos y valores de los individuos, se supone que las representaciones analizadas en el estudio remiten a las determinaciones psicosociales involucradas a las condiciones afectivo-evaluativas, a las interpretaciones cognitivas y a las actitudes de los participantes del estudio frente al fenómeno, que se trata de una interpretación de la realidad social construida en la situación de interacción grupal. Fue a partir de la análisis y categorización de los discursos de los actores sociales que el puzzle que constituye el *corpus* representacional del fenómeno fue montado. De esta forma, la experiencia de la seropositividad en el contexto de la inmigración fue anclada a aspectos **conceptuales, descriptivos, cognitivos, socioculturales y afectivos**.

En este sentido, atendiendo al objetivo general propuesto para la investigación, se verificó que los inmigrantes presentan un tipo de vulnerabilidad social estrechamente relacionada a las condiciones de vida y

al trabajo al que están sometidos, como también, a la manera como se ha desarrollado el fenómeno de la inmigración en el contexto Español. La exclusión social fomentada incluso por factores legislativos, como las leyes de extranjería, y la poca voluntad política, conllevan a una situación de marginación de los derechos civiles básicos como la salud, el trabajo, la seguridad y la integración social. De esta manera la vulnerabilidad social asume su carácter más crítico: la exclusión social, siguiendo los criterios propuestos por Bueno Abad (2010; 2000) basados en las ideas de Castel (1995).

Respondiendo al primero objetivo específico del estudio, las representaciones sociales de la inmigración fueron ancladas en en los paradigmas **cognitivo** (conceptos, imágenes, estereotipos) y **psicosocial** (vulnerabilidad y exclusión social). También se pudo observar que estas representaciones se objetivaron a partir de elementos figurativos como léxicos y construcciones semánticas que describieron la inmigración como un gran reto que necesita ser afrontado de manera más eficiente y menos peyorativa. Tales elemento también han descrito al inmigrante como una persona joven, en edad laboral, con buenas condiciones de salud, en busca de mejores condiciones de vida, que dependiendo de su origen étnico o de su situación económica, sufre prejuicio y rechazo por parte de los medios de comunicación, de los discursos políticos y de la población autóctona.

Es importante subrayar que la crisis económica mundial vivida en los últimos dos años también fue directamente asociada a las representaciones de la inmigración, como un factor que problematiza todavía más las condiciones de vida y trabajo de estas personas, aumentando también el sentimiento de rechazo y la xenofobia.

Otro aspecto que completa las representaciones sociales sobre la inmigración es la idea de vulnerabilidad social que deriva de la situación de ciertos colectivos, sobre todo los más marginados, compuestos principalmente por personas en situación irregular, sin condiciones de acceder al mercado formal de trabajo.

Atendiendo al según objetivo específico, se percibió que las características de los inmigrantes que viven en la provincia de Valencia y acuden a los servicios de atención y apoyo social, son muy diferentes, considerando la diversidad cultural de los grupos étnicos, pero de una manera general corroboran el perfil general de la inmigración en el país, compuesta sobre todo por iberoamericanos, europeos del Este, europeos comunitarios, africanos y árabes, presentando una tendencia a la feminización.

Pero es cierto que debido al tipo de trabajo desarrollado por los actores sociales entrevistados, hay un sesgo en relación al tipo de población inmigrante a la que se refieren los participantes, como también, al nivel de las opiniones, siempre muy solidarias con los inmigrantes. Lo que no exime a los

mismos participantes de una tendencia a generalizaciones y estereotipias, evidenciadas en la constante tendencia a vincular colectivos a padrones de comportamiento.

Sin embargo, la opinión consensual es la de una inmigración que se encuentra en unas condiciones laborales, de vida, de salud y sociales insalubres y muy problemáticas, que acaba recurriendo a la economía sumergida y a trabajos marginales que conllevan riesgos de explotación. Es importante resaltar que los grupos fueron realizados en 2009 y, en esta época, la crisis financiera todavía no había asumido su faceta más dañina y sus efectos aun no habían afectado la sociedad española con la misma intensidad que ahora.

Deteniéndose en el tercer objetivo específico, los factores de vulnerabilidad social relacionados a inmigración y a infección por el VIH fueron asociados a las **dimensiones laboral, sanitaria, legislativa y psicosocial**, específicamente observados: a) en las dificultades de muchos inmigrantes para acceder al mercado de trabajo formal; b) en la ejecución de labores asociados a la prostitución e ilegalidad; c) en las relaciones de géneros que condicionan las mujeres al sometimiento masculino y la explotación sexual, d) al abuso de alcohol y drogas ilegales y por fin, d) a la situación de desarraigo afectivo que vulnerabiliza del inmigrante, dejándoles

más susceptibles a las relaciones esporádicas y a un posible relajamiento en las prácticas de prevención contra las enfermedades sexuales.

Sin embargo, con respecto al afrontamiento a la enfermedad, fueron considerados los aspectos más relevantes: el nivel de información de los inmigrantes, las diferencias culturales en la manera de comprender el fenómeno, en la forma de afrontar el diagnóstico, el tratamiento y las repercusiones psicoactivas del diagnóstico. De esta forma se pudo observar que los inmigrantes procedentes de África, sobre todo, de la zona subsahariana y de países de cultura musulmana, presentan unos padrones culturales muy diferentes a los de la sociedad autóctona, lo que repercute en serios problemas a la hora de afrontar la enfermedad, considerando que todas las estrategias de prevención y de tratamiento desarrollados en España están pautados en sus propias referencias culturales.

Estas diferencias culturales se manifiestan sobre todo en las relaciones de género, en la manera de entender la sexualidad, en las creencias religiosas y en los padrones de comportamiento de estos grupos sociales. Estas constataciones hacen hincapié en las fragilidades de los sistemas de apoyo social y atención sanitaria, que todavía nos están preparados para administrar toda esta diversidad cultural, lo que también contribuye para la situación de vulnerabilidad de los colectivos menos integrados en la cultura autóctona.

5.2. Conclusiones Referentes a las Entrevistas realizadas a los Profesionales Sociosanitarios

De las diez Entrevistas en Profundidad realizadas a profesionales sociosanitarios, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, de distintas instituciones como hospitales, centros de salud y asociaciones comunitarias que prestan atención a personas seropositivas o con Sida, se han destacado las siguientes conclusiones:

Se verificó que las condiciones en las que se establecen los grupos de inmigrantes en España en la actualidad, más específicamente en la Comunidad Valenciana, zona donde se desarrolló la mayor parte de la investigación, están asociadas a los efectos de la crisis financiera. De acuerdo con el análisis del discurso de los profesionales entrevistados, las condiciones sociales, económicas, laborales y sanitarias de los inmigrantes, sobre todo, los en situación irregular, fueron muy afectadas por los efectos de la crisis, tanto por las políticas de austeridad implementadas a partir de 2011, como por la falta de oportunidades, agravada por las altas tasas de paro, por el descenso en la demanda de mano de obra, como también, por el aumento del sentimiento de rechazo observado en la sociedad de acogida.

Con respecto a los factores asociados a la vulnerabilidad social y a la vulnerabilidad a la infección por VIH de los inmigrantes, planteada en los objetivos específicos de este estudio, se pudo verificar que el análisis de las entrevistas han corroborado las dimensiones evocadas por los discursos de los participantes de los Grupos de Discusión, resaltando más una vez los aspectos: **laboral, sanitario, legislativo y psicosocial**. No obstante, los discursos de los profesionales entrevistados evidenciaron, de una forma más acentuada, los efectos de la crisis financiera como un factor de vulnerabilidad social en comparación a lo percibido en los Grupos de Discusión, lo que resalta el empeoramiento de las condiciones de vida y de bienestar social, sobre todo para los grupos sociales menos favorecidos, como los inmigrantes económicos.

También se pudo verificar, que uno de los aspectos relacionados con las nuevas infecciones, según los profesionales, es la pauperización, que afecta sobre todo a los inmigrantes ilegales y provenientes de países más pobres, con poco nivel de información y sin la cultura de la prevención sexual internalizada.

En las entrevistas, también se pudo verificar la asociación de los inmigrantes a los trabajos relacionados con la prostitución como un factor de vulnerabilidad social y de infección por VIH. Sin embargo, es necesario destacar que tal asociación, en el caso de las entrevistas, se debió en mayor

grado a las condiciones de explotación y falta de amparo a que están sometidos estos inmigrantes, que a la sexualidad intrínseca a las labores realizadas en ámbito de la prostitución, pues, para muchos de los entrevistados, los profesionales del sexo suelen prevenirse, excepto cuando están sometidos a las mafias de explotación sexual, que les obligan a realizar todos los tipos de prácticas sexuales contra su voluntad, como por ejemplo el sexo sin protección a cambio de más dinero.

Las relaciones de género que condicionan las mujeres al sometimiento masculino y la poca posibilidad de negociación en el ámbito sexual, que afecta a mujeres de muchas culturas, también fueron consideradas, por gran parte de los entrevistados, un importante factor de vulnerabilidad a la infección por VIH, lo que corrobora la idea de feminización del VIH/Sida. Pero, de acuerdo con los entrevistados, esto no ocurre exclusivamente en el ámbito de la inmigración, estando este aspecto presente también entre los autóctonos.

Es importante resaltar que la identificación de las relaciones estables como una forma de sexo seguro, pudo ser considerada también, como un importante factor de vulnerabilidad a la infección por VIH para las mujeres en la actualidad. Este tipo de identificación fue observada, según los profesionales, en los autóctonos y inmigrantes, así como, en las profesionales del sexo.

Se debe destacar que la situación de desarraigo afectivo en la que viven muchos inmigrantes, crea una forma de vulnerabilidad basada en el abandono de las prácticas preventivas debido a las nuevas relaciones afectivas, motivadas por la búsqueda de aceptación e integración social en el país de acogida. El desamparo afectivo, según esta perspectiva, influye en el abandono prematuro de prevención en las relaciones sexuales, lo que expone los muchos inmigrantes al virus VIH.

Con relación al proceso de afrontamiento a la seropositividad propiamente dicho, se verificó, en los discursos analizados, que la inmigración añade una sobrecarga importante a todo el proceso aceptación y afrontamiento de la enfermedad. De acuerdo con los profesionales entrevistados, esta sobrecarga puede ser dividida en cuatro factores principales: a) doble rechazo que conlleva ser inmigrante y, además, seropositivo; b) la frustración de las ambiciones de una vida mejor; c) las dificultades causadas por las pautas de tratamiento que impiden la realización de los trabajos más pesados; d) la distancia de la familia y amigos que hacen el proceso de afrontamiento más duro y, por fin, d) la vivencia de la enfermedad en la soledad por el miedo al rechazo y al prejuicio.

Finalmente, se ha podido observar en los discursos de los entrevistados, que las diferencias culturales debido la heterogeneidad de los colectivos de inmigrantes presentes en España, dificultan sobretodo la labor

de los profesionales de salud a la hora de comunicar los diagnósticos y de transmitir las pautas de cuidado necesarias para el éxito del tratamiento contra el VIH/Sida. Los problemas de comunicación, debido a la variedad de idiomas y de niveles de información sobre la enfermedad, pueden influir en una mala adhesión al tratamiento. En el análisis de las entrevistas, este aspecto se quedó más evidente debido a la actuación directa de los profesionales de salud en el seguimiento de los tratamientos de pacientes origen extranjero. Sin embargo, también se pudo verificar en los discursos de los entrevistados, lo evocado por los Grupos de Discusión, corroborando la idea de que las diferencias culturales, manifestadas en las relaciones de género, en la concepción de la sexualidad, en las creencias religiosas y en los patrones de comportamiento de los inmigrantes, afectan la manera como los diferentes colectivos de inmigrantes afrontan la enfermedad, eso sin dejar de considerar los factores de orden individual y idiosincrática.

5.3. Conclusiones Referentes a la Historias de Vida Realizadas a Inmigrantes Seropositivos

Del conjunto de las cuatro Historias de Vida analizadas, se destacó como conclusiones de esta investigación, una serie de aspectos relacionados a la convivencia de los inmigrantes con el VIH/Sida, así como, los factores

asociados a sus respectivas historias que pueden determinar las formas como los mismos afrontan la seropositividad y su tratamiento en el contexto de la inmigración. De esta manera, se pudo hacer una serie de constataciones y inferencias, a partir de las narrativas, con la intención de comprender como se produjo la vulnerabilidad a la infección y los patrones positivos y negativos de afrontamiento, observados en esta fase del estudio.

El primer aspecto evidenciado por las Historias de Vida que merece ser destacado, fue la importancia de las relaciones familiares tanto en los motivos que justificaron la inmigración hacia España, como en la manera como los narradores afrontaron la condición de seropositivos hasta la actualidad. Se ha podido inferir, a partir de los discursos, que los participantes que han tenido una niñez con vínculos familiares sólidos, basados en relaciones afectuosas y respetuosas, presentaron comportamientos más resilientes y una autoestima más elevada, que los participantes que relataron haber vivido en familias conflictivas, o haber pasado por situaciones traumáticas en la infancia y adolescencia.

También se pudo observar que el momento del diagnóstico tiene un papel fundamental en la manera como el individuo va a aceptar su condición de seropositivo y por consiguiente va a desarrollar el proceso de afrontamiento de la enfermedad. Sobre todo cuando la persona tiene poca información previa sobre la enfermedad y su tratamiento, caso de muchos inmigrantes,

principalmente los provenientes de zonas poco desarrolladas y con bajo nivel educacional, que según se observó, tienden a asociar el VIH/Sida a la muerte inminente, hecho que genera desesperación y dificulta la asimilación de la condición de seropositivo. Este aspecto evidenció la necesidad de un acogimiento eficaz en el momento del diagnóstico, que priorice la transmisión correcta de todas las informaciones sobre las condiciones tratamiento existentes, pues muchos de los inmigrantes poseen las condiciones mínimas de apoyo y respaldo para afrontar esta situación en un país extraño, muchas veces en situación de ilegalidad, lo que conlleva todavía más problemas a ser superados.

Con respecto al tratamiento, se pudo verificar, de forma consensual, la existencia de efectos adversos en el período de adaptación a los medicamentos antiretrovirales. El discurso de los actores sociales evocó como síntomas principales las náuseas, falta de apetito, picores y manchas en la piel, dolor de cabeza, diarreas, insomnio, disminución de la resistencia física y somnolencia, sin embargo es importante destacar que todos los participantes han mencionado la posibilidad de cambiarse el tratamiento, con la mejor combinación que se adapte a cada persona una vez que se hayan notado tales síntomas. Otro punto que merece ser considerado, es el impacto del tratamiento en las condiciones de productividad en el trabajo, pues una

vez que lo hayan empezado, difícilmente podrán desarrollar las actividades más pesadas, muchas veces destinadas a los inmigrantes.

En lo que concierne al acceso al tratamiento antiretroviral ofrecido gratuitamente por el gobierno, los participantes, hasta el momento de la realización del procedimiento, han afirmado no haber tenido problemas una vez haya sido diagnosticada la infección. En el caso específico de los subsaharianos, se pudo confirmar la importancia de la actuación de las ONGs en la mediación para el acceso al tratamiento, como también, a las ayudas ofrecidas por el gobierno o por las instituciones y asociaciones filantrópicas.

No obstante, el apoyo social ofrecido por las ONGs fue considerado imprescindible, de manera consensual, también para los demás participantes de esta etapa de la investigación, y tales instituciones les prestaron apoyo social en los más diferentes ámbitos como el **jurídico, psicológico, afectivo, informativo y laboral**, como también, en la formación profesional de estos inmigrantes, para su inserción en el mercado laboral, lo que evidencia la importancia es estas instituciones para los diferentes contextos sociales, como puede ser el de la inmigración.

Otro aspecto relacionado con el proceso de afrontamiento, que tuvo un fuerte protagonismo en los discursos analizados, fue el significado atribuido a la enfermedad en el país de origen del inmigrante. Con respecto a este aspecto, las Historias de Vida corroboraron lo manifestado por los otros

participantes en los demás procedimientos, evidenciando que el proceso de afrontamiento y aceptación de la infección presenta más dificultades para los inmigrantes que provienen de países donde el VIH/Sida está muy asociado a la idea de muerte y de castigo, como es el caso de los inmigrantes subsaharianos.

Es importante resaltar que las historias de vida también han evidenciado una fuerte correlación entre el prejuicio, el rechazo y la discriminación hacia las personas con VIH/Sida y el sentimiento de soledad y miedo, que condena, en muchos casos, a estas personas a vivir en su condición de seropositivo desde el completo anonimato, ocultándolo incluso a los familiares más cercanos como padres, madres y hermanos. Esta característica fue verificada fuertemente en los participantes de África Subsahariana, corroborando lo descrito en el párrafo anterior.

Con respecto a la hipótesis del doble rechazo, que suma el estigma asociado a la seropositividad con el prejuicio de los autóctonos hacia los inmigrantes económicos, los participantes lo percibieron sobre todo en la idea de que ellos ya vinieron enfermos a España y, de esta forma, abusarían del sistema sanitario. De acuerdo con la opinión de los actores sociales, este tipo de pensamiento, propagado por algunos grupos de autóctonos, añade una sobrecarga al proceso de afrontamiento tanto de la inmigración como de la seropositividad al HIV.

Se pudo observar en las narrativas que el sentido de la vida para los inmigrantes, recobra un nuevo significado después del descubrimiento de la seropositividad, lo que afecta desde la identidad del individuo hasta su manera de relacionarse social y afectivamente con los demás. También se verificó que el sentido de la inmigración sufre un fuerte cambio, pasando de la motivación económica a la necesidad de supervivencia, principalmente para las personas originarias de países sin tratamiento antiretroviral de calidad o gratuito.

De esta forma, la crisis financiera, que ha justificado los cambios en las políticas de asistencia sanitaria en el país, gana protagonismo en la medida que dificulta el acceso de los inmigrantes al sistema público de salud, y pretende delegar la responsabilidad del tratamiento antiretroviral de los inmigrantes seropositivos a las ONGs, pese a las profundas críticas sociales realizadas a esta medida inhumana, pues como ya hemos podido observar, estas organizaciones van muy sobrecargadas con atribuciones que, en muchos casos, deberían ser de responsabilidad del Estado.

Por fin, en lo que se refiere a las expectativas para el futuro, la familia tiene un papel fundamental de acuerdo con las narrativas analizadas, pues se observó que ante las dificultades y problemas existentes en el proceso de afrontamiento vivido en el contexto de la inmigración, los actores sociales delegaron a los parientes cercanos como hijos, hermanos y padres, la

motivación para seguir luchando por la vida, hecho que denota, en este proceso, una transferencia del foco de interés del individuo para la familia, que asociado a otros elementos semánticos presentes en los discursos, permitió inferir que el diagnóstico de la seropositividad produce una marca profunda en la subjetividad de la persona. De esta forma, el actor social pasaría a ser *sujeto* de la infección y su tratamiento, perdiendo, hasta cierto punto, la autonomía de su propia vida, que pasa a depender del cumplimiento de las pautas determinadas por el tratamiento, así, la familia pasaría a funcionar como un estímulo para soportar la carga impuesta por esta nueva condición.

5.4. Recomendaciones sobre las posibles líneas de investigación e Intervención Social en Ámbito del VIH/Sida en el Contexto de la Inmigración.

A continuación serán presentadas de forma resumida algunas sugerencias sobre nuevas investigaciones, así como, posibles líneas de actuación e intervención social relacionadas con el afrontamiento del VIH/Sida en contexto de la inmigración.

En lo que concierne a nuevas líneas de investigación relacionadas con esta temática dentro de la perspectiva psicosociológica, se pudo verificar que algunas variables como los eventos traumáticos en la infancia, el ambiente familiar y la formación educacional pueden ser determinantes para el proceso de afrontamiento, de esta forma, sería de extremada relevancia la realización de investigaciones que se detuvieran en las correlaciones entre estas variables y los tipos de afrontamiento al VIH/Sida observados. También se pudo observar que el momento del diagnóstico de la seropositividad y los diferentes patrones de acogimiento desarrollados en ese momento tienen una fuerte influencia en la forma como las personas van aceptar y afrontar la infección y su tratamiento a posteriori, siendo necesarios nuevos estudios que se dediquen a esta fase específica del afrontamiento.

Otro aspecto que merece la atención de los investigadores sociales, de acuerdo con el apprehendido por este estudio, son los efectos de la crisis económica y de los cambios en el sistema sanitario en el afrontamiento, temática que también merece atención de los investigadores sociales en la actualidad. Por fin, también se ha observado que la actuación de los profesionales sociosanitarios tienen un impacto importante en las condiciones de vida establecidas por los inmigrantes que viven con VIH/Sida en España, siendo de esta manera necesario la realización de investigaciones que analicen las representaciones sociales, concepciones, y actitudes de estos

profesionales con respecto a estos colectivos específicamente, así como, estudios que comprendan las condiciones psicosociales en las que estos profesionales desarrollan sus actividades laborales, debido al protagonismo que los mismos presentaron en esta investigación, también en el proceso de afrontamiento de VIH/Sida de los inmigrantes.

En este sentido, como alternativas para una mejor atención a estos colectivos, se considera una buena medida la formación de mediadores culturales que puedan facilitar la comunicación y adaptación de los servicios de atención sociosanitaria a estos colectivos, haciéndolas más eficaces. La elaboración de una legislación que considere el trabajo como un derecho universal a cualquier ciudadano y no una condición para poder lograr la ciudadanía. La elaboración de estrategias de prevención que consideren la diversidad étnica que diseña el escenario cultural español, que sin duda, que es cada vez más amplio, y por supuesto, más rico y variado, siguiendo la lógica del multiculturalismo, futuro inevitable para el mundo globalizado a pesar de los problemas socioeconómicos observados en el mundo en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J.C. A. (1998) "Abordagem estrutural das representações sociais". En: *Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais*. Goiânia: Ed. AB, p. 59-82.

Ana María López Sala. Donde el Sur confluye con el Norte: Movimientos migratorios, dinámica económica y seguridad en las relaciones bilaterales entre España y Marruecos. Documentos CIDOB. Migraciones, ISSN-e 1697-8145, N.º. 24, 2012, 12 págs.

Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Mortalidad por VIH/Sida en España, año 2009. Evolución 1981-2009. Centro Nacional de Epidemiología/Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida. Madrid; 2011. http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/mortalidadVIH81_09.pdf

Aristóteles (1973). *Obras completas*. Madrid: Aguilar.

Achotegui , J. (2004) Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, n.º 21 p. 39–52.

Ballester Arnal (2008). R. La mujer ante el diagnóstico de VIH: reacción emocional y apoyo social. *Libro XI Congreso Nacional sobre el SIDA, SEISIDA*.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

Barata Badiella, A (2008). Impacto del diagnóstico de la infección por VIH en una muestra de pacientes inmigrantes. Libro XI Congreso Nacional sobre el SIDA, SEISIDA.

Bayés, R. (2002). "¿Cuánto sufrimiento nos espera todavía?" *Revista española de drogodependencia*: n. 48, p. 226-235.

Barros, A. P. R.; Alvarenga, C. R.; y Vitorino, F. C. (2007). "O HIV/AIDS e Seus Determinantes Psicossociais: Representações Sociais de Pacientes Soropositivos". *Revista V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre representações sociais*:122 - 131.

Bayés, R. (1998). "El problema de la adhesión en la terapéutica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Intervención Psicosocial". *Revista sobre igualdad y calidad de vida*: 229-238.

Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. París, Seuil.

Bueno Abad, J. R. (2010). El paradigma de la vulnerabilidad y exclusión social. En: *La psicología y el trabajo social en la atención a la dependencia*. Temas clave MASSDE.

Bueno Abad, J. R. y Barros, A.P.R.B. (2011). Vulnerabilidad y afrontamiento del VIH/SIDA en el contexto de la inmigración: representaciones sociales de profesionales de ONG's. *Trabajo social y salud*, n. 70 , págs. 9-44

Bueno Abad y Barros, A. P. R. (2009). Representaciones sociales de la seropositividad entre Brasil y España: Un acercamiento cualitativo. *Trabajo Social y Salud*, n. 64, p. 27-52.

Bueno Abad, J.R. (2009). La enfermedad como exclusión social. En S. Yubero, E. Larrañaga y J.F. Morales, *Exclusión: nuevas formas y nuevos contextos*. Cuenca. Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, p. 63-86.

Bueno Abad, J. R. y Madrigal Vilchez, A. (2008). *Vivir más y mejor: 25 años de presencia social del VIH/Sida*. Universitat de Valencia. Ediciones Universitat de Valencia.

Bueno Abad, J.R. (2002). La Inclusión y los procesos de Intervención Social. *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, Nº16, 293-327. Universidad de Zaragoza.

Bueno Abad, J.R. y Pinazo Hernandis, S. (2003). La lucha contra la exclusión

social de las personas mayores. En A. Garcia Martinez. *Educación para la salud y personas mayores*. Edita Caja Murcia.

Bueno Abad, J. R.; Madrigal Vilches, A. Y. y Mestre Luján, F. J. (2005). El SIDA como enfermedad social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, p. 33-55.

Bueno Abad, J.R. (2005). *El proceso de ayuda en la intervención Psicosocial*. Madrid. Ed. Popular.

Bueno Abad, J.R. (2000). Concepto de Representaciones Sociales y Exclusión Social. *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, Nº11, 23-47. Universidad de Zaragoza.

Boletim Epidemiológico - Aids e DST (2008). Semanas Epidemiológicas. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids, Brasília: 01 - 26.

Callejo, J. (2002). El grupo de discusión: la apertura incoherente. *Estudio de Sociolingüística*, v.3, n.1, p. 91-109.

Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Editorial Ariel: Barcelona.

Callejo, J. (1998). Articulación de perspectivas metodológicas: posibilidades del grupo de discusión para una sociedad reflexiva. *Papers*, 56, p. 31-55.

Callejo, J. (1995). La construcción del consumidor global. *Sistema*: Madrid, p.126.

Castanha, A. R.; Coutinho, M. P. L.; Saldanha, A. A. W. y Ribeiro, C. G. (2007). "Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV". *Estudos de Psicologia. (Campinas)*: 23-31.

Castanha, A. R.; Coutinho, M. P. L.; Saldanha, A. A. W.. (2006). "Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais". *PSICO*: 47-56.

Castel, R. (1995). *La metamorphoses de la question sociale*. Paris. Ed. Fayard.

Castilla, P. Sobrino, J. M. Lorenzo, C. Moreno, A. Izquierdo, M. E. Lezaun, I. López, D. Núñez, M. Perucha, C. R'kaina Liesñ, D. Zulaika. (2006).

Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España *Anales Sis San Navarra* v.29 n.1. Pamplona.

Clinfford Shaw (1966) *The Jack Roller em* Haguette (2007), Haguette T. M. F. (2007), *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis, Vozes.

Conde, F (2008). Los grupos triangulares como "espacios transaccionales" para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en Huelva. En: Lopez y Pascual (Coord.) *Estrategias y practicas cualitativas de investigación social*. Pearso Educación, p. 155-188, 2008.

Coutinho, M. P. L; Figueiredo, M. A. C.; Saldanha, A.A.W. (2005). AIDS: "Trajetória e Tendências da Epidemia – A Legitimação de um Universo Simbólico". En: *Representação Social e Práticas de Pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária:153-172.

Damon, J (2008). *L'Exclusion*. Paris. PUF.

Domingo, A. Y Gil, F. (2007). Desigualdad y complementariedad en el mercado de Trabajo: autóctonos e inmigrantes en Italia y España. *Centre d'Estudis Demogràfics*. Teramo, Italia.

Fuertes, C; Martín Laso, M. A. *El inmigrante en la consulta de atención primaria*. ANALES, vol 29, sup.1, 2006.

Galán Fajardo, Elena (2006). La representación de los inmigrantes en la ficción televisiva en España. Propuesta para un análisis de contenido. *El Comisario y Hospital Central. Revista Latina de Comunicación Social*, 61. La Laguna (Tenerife). Recuperado el x de xxxx de 200x, de <http://www.ull.es/publicaciones/latina/200608galan.htm>

García de Olalla, P (2008). Características diferenciales de la infección por VIH en una ciudad con una notable proporción de personas nacidas en el extranjero. *Libro XI Congreso Nacional sobre el SIDA, SEISIDA*.

GARCIA BALLESTEROS, Aurora; JIMENEZ BASCO, Beatriz y REDONDO GONZALEZ, Ángela. La inmigración latinoamericana en España en el siglo XXI. *Invest. Geog* [online]. 2009, n.70, pp. 55-70. ISSN 0188-4611.

Garriga Fuentes, C (2008). Diferencias según origen en nuevos diagnósticos

de VIH. Estudio EPIVIH. *Libro XI Congreso Nacional sobre el SIDA, SEISIDA.*

Gergen, K. (1985). The social Constructionist Movement in Modern Psychology. *Em american Psychologist*. V. 40, n. 3, p. 2666-275.

Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo*. Madrid: Península.

Giddens, A. (1995b). La transformación de la intimidad. *Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

Gutierrez, C. R. F. (2005). Ciudadanía y exclusión social en las sociedades del siglo XXI. En: Tezanos, J. F. *Tendencias en Exclusión Social y Políticas de Solidariedad – Octavo Foro Sobre Tendencias Sociales*, Ed. Sistema. Madrid, p. 13-26.

Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.

Hoja informativa trimestral Núm. 3, 31 de mayo de 2012. Comunidad Valenciana, Valencia

Hoja informativa trimestral Núm. 3, 31 de enero de 2012. Comunidad Valenciana, Valencia.

Hoja informativa trimestral Núm. 2, 18 de octubre de 2011. Comunidad Valenciana, Valencia.

Haguette T. M. F. (2007), *Metodologías Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis, Vozes.

Ibañez, J. (1994). *La investigación social de segundo orden*. Ed. Siglo XXI de España editores, S.A. Madrid.

Ibañez, J. (1979). *Más allá de la sociología*. Madrid: Siglo XXI.

Ibañez, J. (1985). *Del algoritmo al sujeto*. Madrid: Siglo XXI.

Ibañez, J. (1990). «Perspectivas de la investigación social». En

Garcíafernando, M.; ALVIRA,F.; IBÁÑEZ, J. (comps.). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza.

IBGE(2012)http://www.fazenda.gov.br/spe/publicacoes/conjuntura/informativo_economico/2012/2012_04/outros/IE%202012%2004%2027%20CENSO%202010.pdf

Igartua, J. J., Humanes, M. L., Cheng, L., García, M., Gomes, D., Niño, M., Amaral, N., Canavilhas J., García, A. R. y Gomes, A. M. (2003): “Medios de Comunicación e inmigración. El análisis de los encuadres noticiosos en la prensa española”. *Encuentros en Psicología Social*, 2003, 1(4), pp. 158-164.

INFORME DE ONUSIDA PARA EL DÍA MUNDIAL DEL SIDA | 2011: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf

Jameson, F. (1991). *Postmodernity, or the cultural logico of late capitalism*. Durham: Duke University Press.

Jodelet, D. (2001). *Representações Sociais*. Rio de Janeiro, Ed. UERJ.

Llorente, R. M. B y Pérez, J.I.A (2010). Inmigración y estado de bienestar: el caso de España. *Retos Económicos derivados de la inmigración en España*. n 854 .

López-vélez, R; Beltrá, M. N; Jerez, A. H; y Valero, J, A; 2008. *Infección por VIH en inmigrantes*. Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica, vol 26, sup. 5, p. 12-21, 2008.

Markova, 2006. *Dialogicidad y representações sociais*. Vozes, Rio de janeiro.

Martínez M., Miguel. La investigación cualitativa: síntesis conceptual. *Rev. Investig. Psicol. (Online)*, jun. 2006, vol.9, no.1, p.123-146. ISSN 1609-7475.

Merton, R. K. (1948) 1982. “The Self-FuEilling Prophecy? In: Mexton (1982), edited by Aaron Rosenblatt and Thomas F. Gieryn. Abt Books.

Miriam Navarro Beltrá y Rogelio López-Vélez. (2008). VIH e inmigración: intersección de dos conjuntos, *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 26 Supl 5:1.

Moya Morales, M. C. Puertas, S. (2008). Etereotipos, inmigración. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, pags. 6-15

Moscovici, S. (2003). Representações Sociais: *investigações em psicologia social*. Petrópolis. Vozes

Moscovici, S. (1981). On social representations. Em J. P. Forgas (Org.), *Social cognitions perspectives on everyday understanding* (pp. 181-209). New York: Academic Press

Moscovici, S. (1961). *La psicanálise son image et son public*. Paris: Press Universitaires de France.

Muñiz, C. e Igartua, J.J. (2004). Encuadres noticiosos e inmigración. Un análisis de contenido de la prensa y televisión españolas. *ZER*, 16, 87-104.

Pereda Beltran, Noemí. *Papeles del Psicólogo*, 2010. Vol. 31(2), pp. 191-201

Parker, R. Y Camargo, J. R. (2000). "Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos". *Cadernos de Saúde Pública*: 89-102.

Piaget, J. (1976). *Pensée égocentrique et pensée sociocentrique*. París: Cahier Vilfredo Pareto, XIV.

Ros Collado ,M; Ollé Rodríguez, C. *La prevención de la infección del vih/sida en la población inmigrante*. Cap.VII. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006

Salazar-Pousada D, Arroyo D, Hidalgo L, Pérez-López FR, Chedraui P. Depressive Symptoms and Resilience among Pregnant Adolescents: A Case-Control Study. *Obstet Gynecol Int*. 2010;2010:952493

Spink, M. J. (2004). *Práticas discursivas e producao de sentidos no cotidiano: aproximações teoricas e metodologicas*. Cortez, Sao Paulo.

Solé, C. (2005). Mujer, inmigración y exclusión social. En: Tezanos, J. F. *Tendencias en Exclusión Social y Políticas de Solidariedad – Octavo Foro Sobre Tendencias Sociales*, Ed. Sistema. Madrid, p. 307- 328.

Semetko, H. y Valkenburg, P. (2000): "Framing European Politics: a content analysis of press and television news", *Journal of Communication*, 2000,

50(2), pp. 93-109.

Tajfel, H y Forgas, J. P. (1981). Social categorization: cognitions, values and groups. En: J.P. Forgas (Ed.) *Social Cognition. Perspective in every life*. New York: Academic Press.

Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis types and software tools*. London: Falmer Press.

Triandafyllidou, Anna (2010) *Control de la inmigración en el sur de Europa (1ª parte): estrategias de "cerco" (fencing)*. Boletín Elcano (123). 7 p.. ISSN 1696-3326

Tezanos, J. F. y Vázquez, S. T. (2005). Éxodo Internacional y exclusión Social. En: Tezanos, J. F. *Tendencias en Exclusión Social y Políticas de Solidariedad – Octavo Foro Sobre Tendencias Sociales*, Ed. Sistema. Madrid, p. 274-306.

Tezanos, J. F. (2004). Tendencias en desigualdad y exclusión social. *Tercer Foro sobre Tendencias Sociales*. Ed. Sistema, Madrid.

Valles, S. M. (2000). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: reflexión metodológica y práctica social*. editorial síntesis, Madrid.

Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro nacional de casos de sida. Actualización a 20 de diciembre de 2009 del Informe semestral nº 2, año 2009. I.S Carlos III y CNE. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. MSC

Von Bertalanffy, L (1981). «Historia y situación de la teoría general de sistemas», en Von Bertalanffy, L. y otros, *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza.

Zaro Rosado, I (2008) La Prostitución Masculina: un Colectivo Oculto Y Vulnerable. *Revista D'Estudis De La Violència*, n. 6, julio-noviembre.

