

**EFFECTO DE LA ESTIGMATIZACIÓN DEL VIH/SIDA EN USUARIOS DE  
DROGAS INTRAVENOSAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS SEGÚN GÉNERO**

*Elizabeth Mora Torres<sup>1</sup>, Yina Lizeth García López<sup>2</sup>,  
Manuela García de la Hera<sup>3</sup> y María Carmen Davó<sup>4</sup>*  
lizimoto@gmail.com

*Recibido: 10-09-2009*

*Aceptado: 21-04-2010*

**Resumen**

Se ha elaborado un estudio con enfoque cualitativo basado en encuestas semiestructuradas, en el periodo 2007-2008, de usuarios de drogas intravenosas de los Centros de Información y Prevención del Sida. Los profesionales, que atienden de forma esporádica a pacientes VIH los estigmatizan en mayor medida debido a la desinformación, miedo y falta de empatía. Se detecta diferente comportamiento de uso en ex consumidores de drogas. Las mujeres se ajustan más a las normas y son menos conflictivas, se desenganchan más y recaen menos. A las mujeres se les atiende rápidamente en los servicios sanitarios no específicos. Ambos sexos usan estrategias contra la estigmatización.

**Palabras claves:** Estigmatización, pacientes VIH, atención sanitaria esporádica, cuestiones de género, usuarios de drogas.

---

<sup>1</sup> SAEF-CI, Tunja, Colombia.

<sup>2</sup> Universidad Miguel Hernández, Campus de Sant Joan, Alacant.

<sup>3</sup> Universidad Miguel Hernández, Campus de Sant Joan, Alacant.

<sup>4</sup> Universidad de Alacant.

**Abstract**

We have performed, in 2007-2008, based upon questionnaires, a qualitative study of intravenous drug abusers from Centres for Information and AIDS prevention. Among health professionals, those who occasionally see AIDS patients do stigmatise them more for lack of information, fear and lack of empathy. Men and women behave differently when they are no longer drug abusers. Women adapt more to the norms, are less conflictive, kick the habit on a larger scale, and relapse less than men. Women are more quickly taken care when accessing non specific health-care services. Both sexes use strategies against stigmatization.

**Key words:** Stigmatization, HIV patients, occasional health-care, gender issues, drug abusers.

**1. Introducción**

Las personas que sufren de VIH/SIDA (PVVS) siguen estando sujetas a prejuicios, discriminación y hostilidad relacionada con el estigma social con que se ve el VIH/SIDA. Esta enfermedad sigue provocando el temor público y los afectados por ella son objeto de condena (Holzemer y Uys, 2004; Makoae *et al*, 2008). Tanto las PVVS como el grupo social al cual pertenecen han sido estigmatizados en todo el mundo desde el inicio de esta epidemia (Herek, Capitanio y Widaman, 2002).

El estigma que padecen los enfermos de VIH/SIDA es considerado como uno de los principales obstáculos que dificultan la consecución de mayor eficacia en la prevención del VIH/SIDA, así como la reducción del riesgo, el acceso a las pruebas analíticas y el tratamiento (Hunter y Judd, 1998). Todas estas circunstancias pueden afectar en muchos aspectos la vida de las personas que viven con VIH/SIDA (Holzemer, 2007). Además, la estigmatización ha interferido en la respuesta social al SIDA y ha provocado dificultades tanto a las personas que viven con el VIH/SIDA, como a sus

seres queridos, a los cuidadores y al personal de los servicios socio-sanitarios (Hunter, Judd, 1998; Carrieri *et al*, 1999).

El estigma se ha conceptualizado por una parte como externo o “público” y por otro como estigma personal o “estigma percibido”. El estigma “público” hace referencia a las actitudes o reacciones que la población en general tiene hacia las personas con VIH/SIDA (Corrigan y Watson, 2002) o hacia los grupos sociales afectados por la infección por VIH/SIDA, especialmente usuarios de drogas y homosexuales (Hereck 2002; Sayles 2007; Bernard, 1993). La “percepción” de la estigmatización se refiere a la posible discriminación que pueden sufrir las personas debido a su estado serológico (VIH/SIDA+) (Carr, 2004). Así las personas con VIH pueden interiorizar las respuestas negativas y las reacciones de las demás personas con quienes interactúan, dando lugar a la sensación de estigmatización. (UNAIDS, 2005; Jacoby, 1994; Goffman, 1963). El estigma percibido puede afectar negativamente a la atención de la salud de varias formas. Diferentes estudios han mostrado que el rechazo causado por el estigma puede disuadir a las personas de acceder a los servicios de salud o contribuir a la poca adherencia, a una peor calidad de vida relacionada con la salud, y al incremento de los síntomas relacionados con el VIH/SIDA (Rintamaki, 2006; Peretti-Watel, 2006; Sayles 2007; Kinsler, Wong y Davis, 2007; Carr, 2004).

Por otra parte, algunos estudios han sugerido que la percepción del estigma asociado con el consumo de drogas es más sentida por las mujeres que por los hombres (Hunter, 1998; Bernard, 1993). Bernard (1993) argumenta que es más probable que las mujeres oculten su uso de drogas que los hombres, para evitar la desaprobación pública.

Los usuarios de drogas inyectables (UDIs) se pueden encontrar con muchos problemas cuando intentan acceder al tratamiento contra las drogas u otros servicios de salud. Estos problemas, que se conocen como "barreras", tienen que ver tanto con aspectos de la provisión de servicios y su suministro (factores estructurales), como con las características de los propios usuarios de drogas (factores individuales) (Harvey *et al.*, 1998; Neale, Sheard y Tompkins, 2007). Además, esta población tiene mayores

necesidades de servicios de salud y obtienen peores resultados de estos servicios que la población en general (Lundgren *et al.*, 2005).

Las personas con VIH/SIDA sufren discriminación en sus interacciones con los servicios de atención en salud, esta discriminación puede dificultar entre otras consecuencias negativas, el mantenimiento y continuidad de los tratamientos (Sholer, Li y Cunningham, 2007).

Sin embargo, en un momento de creciente compromiso mundial con la expansión del acceso a los servicios de salud de los pacientes infectados por el VIH/SIDA, los Usuarios de Drogas Inyectables (UDIs) tienen menor acceso a los tratamientos antirretrovirales (TAR) y adjuntos grupos de pacientes a la atención y el apoyo (France y Michel, 2007) que sufren una mayor progresión hacia el SIDA y mayor mortalidad que los otros colectivos (Op. cit.).

En los estudios de personas con VIH/SIDA, se ha encontrado que los usuarios de drogas inyectables están asociados con una mayor utilización de los servicios de urgencias y del servicio de hospitalización, y un menor uso del servicio de consulta externa, en comparación con los usuarios de drogas no inyectables. Por otra parte, no se han encontrado diferencias de género claras en el uso de los servicios entre personas con VIH/SIDA (Knowlton *et al.*, 2001).

La principal barrera estructural que dificulta la búsqueda de ayuda es la falta de servicios suficientes; a saber, la ausencia total de servicios para los usuarios de drogas inyectables que se da en ocasiones, o el hecho de que no hay suficientes servicios para atender la elevada demanda de los usuarios de drogas (Neale, Sheard y Tompkins, 2007).

Aunque algunos estudios han examinado la percepción del estigma por parte de los profesionales de la salud, estos son aún insuficientes. La percepción del estigma por parte de los profesionales de los servicios de salud podría afectar el uso de los servicios médicos por parte de los enfermos de VIH/SIDA, atención primaria, servicios hospitalarios, urgencias y servicios preventivos (Rintcmaki, 2007; McCann, 1997; y Valimiaki, 1998).

En este momento hay pocas dudas de que los usuarios de drogas ilegales, particularmente los usuarios de drogas inyectables, que pueden satisfacer los criterios establecidos para recibir tratamiento, están sobre presentados entre el colectivo de personas que reciben terapia antirretroviral para el VIH/SIDA (Ware, Wyatt y Tugenberg, 2005).

En este trabajo nos centraremos en las barrera asociadas a la estigmatización de las personas usuarias de drogas, infectadas por el VIH/SIDA, y sus consecuencias sobre el acceso a los servicios sanitarios, así como la repercusión que puede tener esta estigmatización en el tratamiento de la enfermedad desde una perspectiva de género.

Los objetivos de este estudio fueron:

1. Determinar el efecto de la estigmatización del VIH/SIDA en el acceso a los servicios sanitarios según género.
2. Identificar los aspectos más importantes a través de los cuales se manifiesta la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA en la comunidad y los servicios de salud.

## **2. Metodología**

La perspectiva de los participantes en relación con el acceso, atención de los servicios socio sanitarios y la estigmatización de las personas usuarias de drogas por vía intravenosa (IDUs), se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas a informantes claves y a Usuarios de Drogas por vía parenteral VIH+.

La muestra de ambos grupos surge de los Hospitales y de los centros de información y prevención del Sida que atendían a personas con VIH/SIDA desde el inicio de la infección, en el área de Valencia y Alicante.

### **Reclutamiento Informantes claves**

Se convino seleccionar como informantes clave a una muestra de médicos, diplomados en enfermería y trabajadores sociales que habían estado proporcionando

cuidado frente al VIH desde el principio de la epidemia. Se extendió a profesionales que trataban en diferentes servicios a los UDIs por cualquier otro motivo de salud. La elección de estos participantes se llevó a cabo aplicando un muestreo de bola de nieve.

Se realizaron nueve entrevistas a los informantes clave, los cuales fueron contactados previamente mediante conversación telefónica. Las entrevistas, realizadas en los centros de trabajo, tuvieron una duración aproximada de entre una y dos horas. Durante este tiempo se recogieron las percepciones de los profesionales respecto al acceso de los servicios para los UDIs, la adherencia al tratamiento y los problemas que plantean este colectivo de personas en los servicios.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Así mismo, constituyeron la base de las entrevistas para los Usuarios de drogas seropositivos.

### **Reclutamiento de los UDIs VIH+**

Se seleccionó una muestra intencional de los *UDIs VIH+* en los centros de Información y prevención del Sida, en los hospitales y en una asociación antisida. El contacto con las personas participantes lo llevó a cabo el personal sanitario.

Se realizaron un total de 23 entrevistas (11 hombres y 12 mujeres), en el lugar y hora escogida por el entrevistado. La mayoría prefirió la entrevista en el hospital, seis de ellos eligieron la cafetería, dos su casa, y una de ellas la asociación ANTISIDA.

Durante las entrevistas semiestructuradas se animó a los participantes a hablar de la relación con los servicios sanitarios, el tratamiento, la historia de consumo de drogas y las redes de apoyo social con la que contaban.

Las entrevistas duraron de una a dos horas, siendo grabadas y transcritas literalmente. Cada transcripción fue comentada telefónicamente con el entrevistado, permitiendo explicar y corregir o eliminar alguna parte.

Para el análisis de los datos se identificaron diversas categorías. Posteriormente, utilizando la Grounded Theory (Strauss y Corbin, 1990; Dahlgren, Emmelin y Winkvist, 2004) se construyó una plantilla con los temas específicos extraídos de las narrativas de cada participante, a los cuales se les asignó códigos

abiertos. El esquema final de la codificación y el análisis de los hallazgos se revisaron y discutieron entre los investigadores del equipo hasta alcanzar el consenso. Los datos se codificaron con el software MAXQDA.2.

### **3. Resultados**

#### **3.1. Características de los participantes**

Los informantes claves fueron 5 mujeres y 4 hombres de entre 33 y 55 años. La Tabla 1 muestra su lugar de trabajo y la profesión. Cinco eran profesionales que pertenecían a centros de prevención e información del Sida (CIPS) y servicios de infecciosas de hospital con una larga experiencia en tratar a personas usuarias de drogas infectadas por el VIH/SIDA. Los otros cuatro profesionales pertenecían a otros servicios hospitalarios que esporádicamente atienden a personas usuarias de drogas infectadas por el VIH/SIDA+.

*Tabla 1. N° total de informantes claves, lugar y servicio de pertenencia, lugar de trabajo*

Centro y Servicio	Profesional	N
Hospital: Unidad Infecciosa	Médico, DUE	3
Centro de Información Prevención Sida	Trabajadora Social, Médico	2
Hospital. Servicio de Ginecología	Matrona, Enfermera	2
Hospital. Urgencia	Médico	2

*Fuente: elaboración propia*

Los pacientes participantes fueron 12 mujeres y 11 hombres usuarios de drogas intravenosas VIH/SIDA+, en edades comprendidas entre los 26 y 55 años, que acudían

a los centros de Información y atención al SIDA, a los Hospitales (Unidad de infecciosas, Servicio de ginecología y Urgencias) y a la Asociación Antisida.

El análisis de las entrevistas tanto de los informantes claves como de las mujeres y hombres usuarios de drogas por vía parenteral (UDIs) infectados por el VIH/SIDA se ha organizado en torno a dos grandes temas, considerando las opiniones y percepciones de los entrevistados: *Acceso a los servicios sanitarios y la estigmatización*. De forma transversal, en cada uno de temas surgieron reflexiones y comentarios relacionados con el género y las diferencias entre hombres y mujeres, aspectos que han sido incluidos en este análisis.

### **3.2. Acceso a los servicios y estigmatización según el discurso de los informantes clave**

El discurso de los profesionales que atienden de forma habitual a las personas UDIs infectadas por el VIH fue distinto al de los profesionales que de forma esporádica atienden en sus servicios (ginecología, urgencias, salud mental, etc.) a estos pacientes.

Los profesionales que de forma habitual atienden a las personas infectadas por el VIH opinaron que el acceso debía ser rápido, sin interferencias burocráticas, estableciendo al mismo tiempo con el paciente una relación que promoviese la adherencia al servicio.

Criticaron la atención prestada a sus pacientes en los servicios sanitarios no específicos para el tratamiento del VIH cuando estos necesitaron asistencia y propusieron alternativas para la atención integral y para evitar la discriminación. Estas alternativas consistieron en ofrecer consejo médico (counseling), establecer conexiones con organizaciones no gubernamentales para la resolución de problemas económicos, legales, sanitarios y la contratación de personal cualificado para el trato psicológico con cargo a proyectos propios del servicio.

“[...] Yo siempre he defendido que el acceso fuese totalmente libre si una

persona acude aquí porque tiene algún problema real o no real, a esa persona hay que atenderla, me da igual que esté citada o que no esté citada... “...La gente que sigue teniendo más riesgo en muchísimos casos con las personas más alejadas de las redes asistenciales [...]” (Médica).

“Somos padre, madre, hermano, médico de atención primaria, médico de pff [...]” (Médica, Centro prevención).

Sin embargo, los profesionales de servicios sanitarios que no atienden de forma habitual a los pacientes introdujeron en su discurso referencias a la culpabilización de estas personas en relación con su adicción, responsabilizándolas de su autocuidado. Además, plantearon mejorar el acceso a los servicios sacándolos fuera del recinto hospitalario, para evitar discriminación.

“[...] o sea el acceso es igual para todos y las prestaciones son iguales pero el trato no es igual [...]” (Matrona).

“[...] Luego otra cosa está el que es ya un consumidor y viene porque se le ha olvidado las pastillas, porque es domingo y se le ha acabado la droga que o la metadona, o vienen de Madrid entonces tratan de darte o pedirte que le des recetas de tranxilium, o vienen contándote pues que le duele mucho un cólico renal, saben utilizamos siempre fármacos que son derivados de la codeína [...]” (Médico de urgencias).

Los profesionales de los servicios que atiende de forma esporádica a estos pacientes manifestaron que el acceso era universal y por tanto todos los pacientes debían seguir el protocolo seguido por el servicio.

“[...] Se facilita el acceso a cualquier hora sin problema, es decir, ellos no tienen que seguir una sistemática [...]” (Enfermero, UI).

Los dos grupos de profesionales señalaron que no había diferencias de género en el acceso a los servicios, pero si declararon que el comportamiento de hombres y mujeres fue diferente en el uso de los servicios cuando eran ex consumidoras de drogas. Refieren que ellas se desenganchan más y recaen menos. Reconocieron que las mujeres son mediadoras entre la pareja y el personal sanitario, se ajustan más a las normas y son menos conflictivas. Refieren que ellas se desenganchan más y recaen menos, siendo la carga familiar y el cuidado de los suyos los principales motivos. Estas diferencias desaparecen cuando tanto el varón como la mujer son consumidores activos. Sin embargo, ambos tipos de profesionales coincidieron en que estas diferencias desaparecieron cuando hombres y mujeres eran consumidores activos de drogas. Además, reconocieron una mayor dependencia de las mujeres hacia sus parejas que los hombres.

“[...] Las mujeres suelen... ser como más colaboradoras” (Médico de Urgencias).

“[...] Son mediadoras, con de sus parejas [...]” (Médico de Urgencias).

“[...] Son gente complicada, aunque hay diferencias entre hombres y mujeres. Siempre tanto por una vía o por otra siempre las mujeres se ajustan más a las normas, son menos problemáticas [...]” (Enfermero).

“[...] Cuando hay proceso de desintoxicación... casi siempre lo consigue más la mujer que el hombre,... o vuelve a recaer más tarde, o no recae [...]” (Enfermero).

“[...] Yo las mujeres siempre las he visto, me da igual que sean seropositivas o no, por ejemplo, que dependen mucho de las parejas [...]” (Trabajadora Social).

Los profesionales de la salud que trabajan en los servicios habituales de atención al VIH/SIDA destacaron la importancia de aprovechar la motivación de la persona que acude al servicio ya que en principio tiene intención de cambiar de conducta.

“[...] Procuramos que la atención sea muy rápida, saltándonos todas esas barreras administrativas que suele haber. Si viene una persona con un problema hay que atenderle, hay que atenderle e identificar eso que le angustia y ver que

importancia tiene [...]” (Trabajadora Social).

Los profesionales que atienden de forma habitual a los pacientes VIH/SIDA, mencionaron la desinformación, el miedo y la falta de empatía con el paciente como las principales causas de la estigmatización que manifestaban los profesionales que no atienden de forma habitual a dichos pacientes.

“Los sanitarios, médico, enfermería, auxiliares que no trabajan con estas personas no están bien informados, les falta información con respecto a la infección por VIH/SIDA, por eso lo tratan mal [...]” (Enfermero).

### **3.3. Acceso a los servicios sanitarios y estigmatización según el discurso de los pacientes**

Los hombres y mujeres entrevistados reconocieron no tener dificultad en el acceso a los servicios sanitarios específicos de VIH/SIDA. Encontramos una diferencia por género en el discurso de hombres y mujeres con respecto a los servicios sanitarios no específicos de VIH/SIDA, mientras que los hombres referían que seguían los trámites burocráticos habituales, las mujeres declaraban que se les atendían más rápidamente.

“[...] Cuando me pedía cita con el médico de cabecera siempre me daban cita para la siguiente semana [...]” (Hombre).

“[...] en Urgencias, cuando entraba decía que tenía anticuerpos y enseguida me atendían [...]” (Mujer).

Respecto a la relación con los sanitarios que atienden de forma específica a los pacientes VIH/SIDA tanto hombres como mujeres identificaron una relación positiva con los profesionales específicos de VIH/SIDA, así como un cierto rechazo en servicios sanitarios donde los atienden de forma esporádica.

“[...] Si, si, si...con todos. Yo aquí entro (servicios de infecciosas hospital) y de verdad..., es como si fuera mi segunda casa, sabes [...]” (Hombre).

“[...] las enfermeras ni entraban, abrían la puerta, ¿necesitas no se que?... pum..., o sea, yo parecía la apestada [...]” (Mujer).

“[...] yo me he sentido rechaza o cuando me he ido a hacer una analítica, cuando he ido a por medicación. Ahí va el leproso, ahí va el drogadicto [...]” (Hombre).

Por otra parte, tanto hombres como mujeres coinciden en que ha habido una evolución en el trato de sanitarios hacia ellos, al principio de la epidemia se sentían más discriminados. Además, los hombres manifestaron que ellos en algunos momentos también perciben discriminación de su entorno social.

“[...] antes era distinto, ¡te mandaban un volantito con las etiquetitas y todo! ¡te ponían una etiqueta roja! ¡Me acuerdo de eso!” (Mujer).

“Pues se ponen mascarillas y hacen tonterías. Se ponen las mascarillas, los ves que entran como diciendo: “¡va esto es un apestao!” ¿me entiendes? Lo notas. Eso se nota en el trato ¿me entiendes? O sea, por ejemplo, aquí vienes, y esta gente de aquí es un equipo buenísimo. Y aquí a todo el mundo nos tratan igual. Hombre, ellos llevan sus “cuidaos”, está lógico y natural, o sea no vas a estar tonteando aquí con las jeringuillas y con la movida ¿no? pero... Yo no he visto que a nadie le nieguen aquí dos besos, que no pasa nada ¿me entiendes?” (Hombre).

“Yo creo que ese nivel ha cambiado mucho la cosa. Te lo digo por..., porque lo he vivido muy de cerca y ha cambiado mucho. Al principio parecíamos los apestados y ahora..., hombre, todavía sigue habiendo alguno que tal, pero ha cambiado mucho. Yo estoy segura de que ha cambiado mucho” (Mujer).

El consumo activo de drogas se manifestó en el discurso de hombres y mujeres como una dificultad en el uso y acceso a los servicios siendo un factor de

estigmatización tan importante como la propia infección por VIH/SIDA:

“[...] y es una equivocación pero bueno, se asocia total [SIDA con marginalidad]. Sobre todo porque ha habido mucha gente, drogadictos, porque yo, de la gente conocida, muy poquitos queda” (Mujer).

Los hombres manifestaron que el consumo de drogas activo pudo repercutir en el mal uso, que en ocasiones, habían hecho de los servicios sanitarios (p e. Urgencias, atención primaria), coincidiendo, en este punto con el discurso de los profesionales que no atendían de forma habitual a los pacientes VIH/SIDA. Esto no aparece en el discurso de las mujeres.

“Muchas veces he ido al médico a buscar pastillas. O sea más bien “pá pillá” pastillas” (Hombre).

“[...] Luego otra cosa es que llega un consumidor y viene por pastillas, por que es domingo y no puede conseguirlas” (Médico Urgencias).

Las mujeres asumieron que conocer su estado serológico y la maternidad son razones que motivaban su abandono. Por otra parte, tanto del discurso de algunos hombres y mujeres se desprenden dos patrones de consumo de sustancias: uno politóxico en los entrevistados consumo de alcohol, tabaco, hachís, marihuana, tranquilizantes, cocaína y heroína, sin encontrar diferencias por género en este patrón de consumo. Y otro patrón de consumo esporádico en el que las drogas consumidas con mayor frecuencia que se compaginan con una buena adherencia al tratamiento es el hachís.

“[...] Consumimos porros” (Mujer).

“[...] Sí, si, no suelo tomar sustancias de ná, si acaso algún porro que me fumo o alguna cosa así, pero ni alcohol, ni otro tipo de drogas hace muchos años..., lo he “descartao” porque es que no me permite hacer deporte y...no” (Hombre).

“En dos años y medio que llevo entre la casa y el piso y tal, me habré puesto dos picos, de mezclar cocaína y heroína. ¡Dos picos en dos años y medio!, que dos picos me los ponía yo en un cuarto de hora, antes. Para mí es un triunfo” (Hombre).

El estereotipo de enfermo de Sida (el deterioro físico acusado), es percibido por hombres y mujeres como generador de rechazo social. Así lo entienden y expresan los propios afectados

“[...] ahora mi aspecto es maravilloso, sabes, ahora tengo buen aspecto, y a lo mejor lo digo, y..., “¡hombre no fastidies!”, porque la idea que tiene la gente, si eres seropositivo o seropositiva, es ¡de que tienes que estar muy mal!” (Mujer).

“Si. Porque mucha gente se entera y te derrota. A través de habladorías... y tonterías, eh... lo noto. Como se alejan de ti. Y más si tú mantienes una postura de ir sucia...de ir ¿sabes? Te dan mucho la espalda” (Mujer).

Con la gente que me junto ahora, no me dicen nada no, pero entre las miradas y eso... Siempre te dan un poquito de lado [...]” (Hombre).

“[...] Te hacen sentir una persona pues de segunda, como de segunda clase, no se. Te da la sensación de que bueno..., les gustaría de que todos los que tenemos el SIDA estuviéramos en una isla aparte, en un sitio aparte, en otros países, en otros sitios [...]” (Hombre).

Tanto hombres como mujeres manifestaron en sus discursos diferentes estrategias para evitar el dolor producido por la estigmatización, como son la asociación con los iguales o el ocultamiento.

“[...] ya te digo la gente con la que voy, con la que trato, está toda metida en el tema ¿no?” (Hombre).

“[...] Me voy, me tomo mi café. No me quedo tan mal porque la gente no me conoce y no sabe lo que es la vida, o sea, mi vida” (Mujer).

“[...] No es un tema que hable con la gente normalmente” (Hombre).

Sin embargo, una estrategia de ocultamiento prolongada puede generar conflicto cuando ésta es descubierta. Finalmente, otra estrategia de ocultación de la enfermedad, va dirigida directamente al logro de la “normalización” del aspecto físico del seropositivo, esto es, de lograr una “imagen saludable”, alejada del estereotipo que asocia Sida con drogadicción.

“[...] Ahora me encuentro de que la gente ha descubierto la medicación que yo tengo... Entonces se han “dao” cuenta de que tengo VIH/SIDA y no me quieren. Todo iba bien hasta que esta gente pues nada, ha descubierto esto y quieren que me vaya, quieren que me vaya del piso” (Hombre).

“Porque vas a buscar un trabajo y lo más importante es la dentadura, no nos engañemos... Que no se note mucho, que sea así, baratita porque yo no tengo dinero. Pero la dentadura es muy importante y me la cuido mucho, me lavo mucho los dientes [...]” (Mujer).

“Para que no influya en mi vida yo no digo que soy VIH/SIDA. No llevo el cartel en la frente... Lo oculto” (Mujer).

#### **4. Discusión**

A través de la exploración de los discursos tanto de los profesionales sanitarios como de los hombres y mujeres VIH+ UDIs, identificamos diferentes ámbitos relacionados con la estigmatización, tanto los referidos a su vida cotidiana como los referidos a su relación con los servicios sanitarios.

En cuanto a la discriminación, los profesionales que atienden habitualmente a los UDIs VIH/SIDA+ criticaron la atención prestada a sus pacientes cuando precisan asistencia en los servicios sanitarios no específicos proponiendo alternativas para la

atención integral y evitar la discriminación. Los profesionales que en cambio, atienden de manera esporádica a estos pacientes introducen en su discurso referencias a la culpabilización en relación con la adicción a las drogas intravenosas. Estos resultados muestran la existencia de estigmatización y discriminación hacia este grupo de personas. Se reproduce así el “mito de castigo” (Fagueras *et al.*, 1995) asociado al carácter de enfermedad transmitidas por unas determinadas prácticas de riesgo (relaciones sexuales y uso compartido de materiales inyectables), que puede incidir en el no seguimiento del tratamiento médico (Gregorio *et al.*, 2007).

La estigmatización de los UDIs VIH/SIDA+ por parte del personal sanitario se podría deber a la desinformación de los sanitarios que no trabajan habitualmente con los VIH+; esta falta de información y formación provoca miedos en los sanitarios, que se dejan llevar por estereotipos, y les hace recurrir a medios de protección innecesarios que provocan falta de empatía con los usuarios de los servicios.

Nuestros datos muestran que el personal que atiende de forma esporádica a los pacientes UDIs VIH/SIDA+, tiene miedo de contraer la enfermedad “*miedo al contagio*”. Estos temores se deben a la falta de información precisa sobre el riesgo y forma de contagio. Dichos profesionales estigmatizan al paciente, al parecer, no tanto por su infección por VIH/SIDA como por su adicción a la droga (Emlet, 2006). Por otra parte, esta estigmatización también es percibida por los UDIs VIH/SIDA pudiendo esto repercutir en el acceso a determinados servicios sanitarios, atención primaria, urgencias etc. (Kinsler, Wong y Davis, 2007).

Tanto hombres como mujeres coinciden en que ha habido una evolución en el trato de sanitarios hacia ellos, ya que al principio de la epidemia se sentían más discriminados. Además, los hombres manifiestan que ellos también perciben, en algunos momentos, discriminación por parte de su entorno social (Sayles, 2007).

Este estudio presenta varias limitaciones, muestra es pequeña, sesgo de selección y estrategia de conveniencia en la muestra. La muestra puede estar sesgada por los lugares de reclutamiento (Unidades de infecciosas de los hospitales de Alicante, Elche y San Juan, CIPS y ONGs). El objetivo de este estudio fue explorar las barreras

en la atención por parte de los servicios sanitarios y el estigma entre las personas VIH+ que también pueden ser marginados por género. Por lo tanto, intencionalmente contactamos con los servicios hospitalarios, centro de información y prevención del SIDA y ONG's que atienden a hombres y mujeres infectados por VIH y que eran usuarios de drogas. No hemos hecho ningún intento de tener una muestra representativa relacionada con el VIH. Intentamos tener una muestra en el que las personas fueran VIH y usuarias de drogas por vía parenteral que nos contaran su experiencia ya que esta puede ser diferente de las personas infectadas por el VIH mediante otras vías de contagio.

Los profesionales que atienden habitualmente a estos pacientes facilitan el acceso a los servicios sin exigir que sigan el protocolo de atención correspondiente. Sin embargo, los profesionales que los atienden de forma esporádica consideran que el acceso a los servicios ha de ser idéntico para todas las personas y por tanto, los pacientes han de seguir el protocolo exigido por el servicio. No encontramos diferencias en el acceso a los servicios por parte de los participantes, el hecho que exista buena empatía con los profesionales de los servicios de atención al VIH puede repercutir en la mejora de la adherencia al tratamiento (Schneider *et al.*, 2004).

En este estudio los profesionales coinciden en afirmar que no hay diferencias de género en el acceso a los servicios, pero si en su uso. Donde el comportamiento de hombres y mujeres es diferente, siendo las mujeres más adherentes al tratamiento; además, actúan de mediadora entre la pareja y el personal sanitario, se ajustan más a las normas, y son menos conflictivas que los hombres, siendo esto un claro comportamiento de género. Por otra parte, nuestros resultados coinciden con los encontrados por Marston y King (2006), con respecto a la mayor dependencia de las mujeres hacia sus parejas.

Según los profesionales, las mujeres abandonan en mayor medida el uso de drogas y tienen menor número de recaídas. Los motivos para esta diferencia de actitudes las podemos centrar en determinados comportamientos relacionados con el género. Dichas diferencias de las mujeres respecto de los hombres es debido a que ellas tienen una carga familiar que deben asumir, así como el cuidado que les demandan sus seres queridos. Las mujeres verbalizan en sus respuestas que el hecho de conocer su estado serológico y la

maternidad son razones que motivan su abandono. Sin embargo, estas diferencias de género desaparecen cuando las mujeres son consumidoras activas de drogas.

Los hombres y mujeres entrevistados coinciden con el discurso de los profesionales en que no tienen dificultad en el acceso a los servicios sanitarios específicos de VIH/SIDA. Sin embargo, con respecto a los servicios sanitarios no específicos, las mujeres no perciben diferencias al usar estos servicios, mientras que los hombres advierten que han de seguir los trámites burocráticos habituales para acceder a los servicios no específicos evidenciándose nuevamente un claro comportamiento de género debido a razones culturales.

Por su parte, los hombres coinciden con los profesionales, que no atienden de forma habitual a los pacientes VIH/SIDA, en que el consumo de drogas activo puede repercutir en el mal uso que, en ocasiones, habían hecho de los servicios sanitarios. Esta apreciación no aparece en el discurso de las mujeres. Por tanto, y tal como se documenta en otros estudios, los datos muestran que los UDIs pueden encontrar muchos problemas cuando intentan acceder a tratamiento de drogas y otros servicios. Estos problemas -conocido como 'barreras' -se refieren tanto a los aspectos de la prestación de servicios y su suministro (factores estructurales) y de las características de los propios usuarios de drogas (factores individuales) (Harvey *et al.*, 1998; Strathdee *et al.*, 1997).

Finalmente, del discurso de algunos hombres y mujeres se desprenden dos patrones de consumo de sustancias. En los patrones de consumo politóxico, no se encontraron diferencias de género, mientras que el patrón de consumo esporádico fue más frecuente en las mujeres entrevistadas que en los hombres. Se refiere al hecho que la droga consumida con mayor frecuencia, y que se compagina con una buena adherencia al tratamiento, es el hachís.

Las entrevistas indican que los hombres y las mujeres intentan mostrarse como persona físicamente normales y esta es una estrategia de ocultamiento de la enfermedad para evitar el rechazado social. Estudios previos han informado que el temor de revelar su estado serológico puede causar retrasos en el acceso a cuidado. Así lo entienden y expresan principalmente los hombres afectados.

## **5. Conclusiones**

Los datos apuntan a que los sanitarios que atienden de forma esporádica pueden estar estigmatizando a los UDIs, y esto dificulta el uso de los servicios sanitarios rutinarios, al tiempo que sobrecarga el servicio sanitario especializado. Sin embargo, los usuarios reconocen que aunque aún hay discriminación, ha ido cambiando la manera como se maneja la enfermedad.

Nuestros resultados concuerdan con otras investigaciones en que la falta de acceso o la demora en el acceso a la atención puede resultar en la presentación clínica, en etapas más avanzadas de la enfermedad del VIH/SIDA, con graves manifestaciones que pueden requerir intervenciones médicas más intensas y pueden dar lugar a algunas hospitalizaciones que podrían haberse evitado, así como que podría originar un aumento en la mortalidad (Kinsler, Wong y Davis, 2007).

El análisis de los resultados sugiere cambios que pueden introducirse para hacer frente a la estigmatización dentro del sistema sanitario. Es esencial que todos los proveedores de servicios (médicos, trabajadores sociales, enfermeros, matronas, etc.) creen un entorno favorable y de familiarización, que de respuesta a las preocupaciones de personas VIH/SIDA+ UDIs en cuanto a la asistencia sanitaria y a su entorno social. De este modo se evitaría que el estigma pueda influir negativamente en la retención, en la atención, y en la adherencia a la terapia antirretroviral.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Barnard, M. A. (1993): "Needle sharing in context: patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks". En *Addiction*, jun, vol. 88, n<sup>o</sup>. 6, pp. 805-12.
- Carr, R. L y Gramling, L. F. (2004): "Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS". En *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care- JANAC*, set-oct, vol. 15, n<sup>o</sup>. 5, pp. 30-9.
- Carrieri, M. P. (1999): "Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: the influence of continued drug use. MANIF 2000 Study Group". En *Journal of Epidemiology and Community Health*, nov, vol. 53, n<sup>o</sup>. 11, p. 739.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002): "Understanding the impact of stigma on people with mental illness". En *World Psychiatry*, feb, vol. 1, n<sup>o</sup>. 1, pp. 16-20.
- Dahlgren, L; Emmelin, M. y Winkvist, A. (2004): *Qualitative methodology for international public health*. Umea: Print and Media, Umea University.
- Emlet, C. A. (2006): "A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS". En *AIDS Patient Care and STDS*, may, vol. 20, n<sup>o</sup>. 5, pp. 350-8.
- France, L. y Kazatchkine, M. D. (2007): "Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview". En *The International Journal on Drug Policy*, aug, vol. 18, n<sup>o</sup>. 4, pp. 255-61.
- Goffman, E. (1963): *Notes on the Management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, Nj: Prentice-Hall.
- Harvey, E. et al. (1998): "A qualitative investigation into an HIV outbreak among injection drug users in Vancouver, British Columbia". En *AIDS Care*, jun, vol. 10, n<sup>o</sup>. 3, pp. 313-21.
- Herek, G. M; Capitanio, J. P. y Widaman, K. F. (2002): "HIV-Related Stigma and Knowledge in the United States: Prevalence and Trends, 1991-1999". En *American Journal of Public Health*, mar, vol. 92, n<sup>o</sup>. 3, pp. 371-7.

- Holzemer, W. L. y Uys, L. (2004): Managing AIDS stigma. En *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, vol. 1, nº. 3, pp. 165-175.
- Hunter, G. M. y Judd, A. (1998): "Women injecting drug users in London: The extent and nature of their contact with drug and health services". En *Drug and Alcohol Review*, sep, vol. 17, nº. 3, pp. 267-76.
- Jacoby, A. (1994): "Felt versus enacted stigma: A concept revisited". En *Social Science and Medicine*, jan, vol. 38, nº. 2, pp. 269-74.
- Kinsler, J; Wong, M; Sayles, J y Davis, C. (2007): "Cunningham W. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income hiv-positive population". En *AIDS Patient Care and STDs*, aug, vol. 21, nº. 12, pp. 584-92.
- Knowlton, A. R. *et al.* (2001): "Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS". En *Drug and Alcohol Dependence*, set 1, vol. 64, nº. 1, pp. 55-62.
- Lundgren, L. *et al.* (2005): "Factors Associated with Emergency Room Use among Injection Drug Users of African-American, Hispanic and White European Background". En *American Journal on Addictions*, may, vol. 14, nº. 3, pp. 268-280.
- Makoe, L. N. *et al.* (2008): "Coping with HIV-related stigma in five African Countries". En *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care- JANAC* , mar-apr, vol. 19, nº. 2, pp. 137-46.
- Neale J.; Sheard L. y Tompkins, C. (2007): "Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study". En *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, oct, vol. 2, p. 31.
- Peretti-Watel, P. (2006): "Management of HIV-related stigma and adherence to HAART: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA 2003)". En *AIDS Care*, apr, vol. 18, nº. 3, pp. 254-61.
- Rintamaki L. S. (2006): "Social stigma concerns and HIV medication adherence". En *AIDS Patient Care STDs*, may, vol. 20, nº. 5, pp. 359-68.

- Sayles, J. N. (2007): "Experiences of Social Stigma and Implications For Healthcare Among a Diverse Population of HIV Positive Adults". En *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, nov, vol. 84, n<sup>o</sup>. 6, pp. 814-28.
- Schneider, J. *et al.* (2004): "Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection". En *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19, n<sup>o</sup>. 11, pp. 1096-1103.
- Sholer N.; Li X. y Cunningham, C. (2007): "Perceived discrimination among severely disadvantaged people with HIV infection". En *Public Health Reports*, may-jun, vol. 122, n<sup>o</sup>. 3, pp. 347-55.
- Strathdee, S. A. *et al.* (1997): "Social determinants predicts needle-sharing behavior among injection drug users in Vancouver, Canada". En *Addiction*, oct, vol. 92, n<sup>o</sup>. 10, pp. 1339-47.
- Strauss, A. y Corbin, B. (1990): *Basis of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA and London: Sage Publications.
- UNAIDS (2005): *HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violation: Case Studies of Successful Programs*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Program HIV/AIDS.
- Ware, N. C.; Wyatt, M. A. y Tugenberg, T. (2005): "Adherence, stereotyping and unequal HIV treatment for active users of illegal drugs". En *Social Science & Medicine*, aug, vol. 61, n<sup>o</sup>. 3, pp. 565-76.