



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA, MEXICALI**



**TÍTULO**

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS  
INYECTABLES DE LA ZONA CENTRO DE MEXICALI, B.C.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**SUSTENTA  
MANUEL CRUZ PALOMARES**

**DIRECTOR DE TESIS  
M.C.S. ULISES RIEKE CAMPOY**

**CORDIRECTOR DE TESIS  
M.S.P. ENRIQUE GÓMEZ BASTIDAS**

**MEXICALI B.C. JUNIO DEL 2019**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA, MEXICALI**



**TÍTULO**

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS  
INYECTABLES DE LA ZONA CENTRO DE MEXICALI, B.C.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**SUSTENTA  
MANUEL CRUZ PALOMARES**

**DIRECTOR DE TESIS  
M.C.S. ULISES RIEKE CAMPOY**

**CORDIRECTOR DE TESIS  
M.S.P. ENRIQUE GÓMEZ BASTIDAS**

# Universidad Autónoma de Baja California

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA, MEXICALI

## CARTA DE DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS PARA SUSTENTAR EL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. 26 de abril de 2019.

Los abajo firmantes miembros del Comité de Titulación nombrado por el Comité de Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería, en respuesta a su solicitud para revisar la tesis:

**“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES DE LA ZONA CENTRO DE MEXICALI, B.C.”.**

Presentado por **MANUEL CRUZ PALOMARES** para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud, le comunicamos que el trabajo cumple con los requisitos de contenido y presentación establecidos por este Comité, por lo tanto el dictamen que emitimos es de:


**APROBADO**

Por lo que puede proceder a la etapa de presentación y defensa del mismo.

Atentamente  
Comité de Titulación

  
M.C.S. ULISES RIEKE CAMPOY

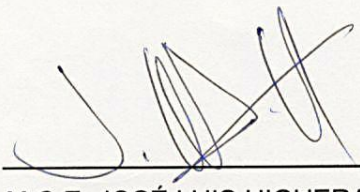
Director de Tesis

  
M.S.P. ENRIQUE GÓMEZ BASTIDAS

Co Director de Tesis

  
M.C.E. JOSÉ ALFREDO PIMENTEL JAIMES

Sinodal

  
M.C.E. JOSÉ LUIS HIGUERA SAINZ

Sinodal

## ÍNDICE

Agradecimientos	i
Abreviaturas	ii
Índice de tablas	iii
Índice de gráficas	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	vii

### **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Pregunta de investigación	13
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
1.5. Hipótesis	15
1.6. Variables	16

### **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes	19
2.2. Historia de la heroína	19
2.3. Antecedentes del VIH/SIDA en PUDI	21
2.4. Las Personas Usuarias de Drogas Inyectables	22
2.5. Las PUDI de Mexicali, Baja California	24
2.6. Las prácticas de autocuidado en PUDI	25
2.7. Iniciativas de prevención indicada a PUDI	27
2.8. Teoría del autocuidado	28
2.9. Educación para la salud	29
2.10. Modelo transteórico	30
2.11. Modelo de reducción de daños	31

### **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

3.1. Tipo de estudio	34
3.2. Criterios de selección	34
3.2.1. Criterios de inclusión	34
3.2.2. Criterios de exclusión	34
3.2.3. Criterios de eliminación	34
3.3. Universo de estudio	35
3.3.1. Unidad de análisis	35
3.3.2. Marco muestral	35
3.4. Tamaño de la muestra	35
3.5. Tipo y técnicas de muestreo	36
3.6. Procedimiento de recolección de datos	36
3.7. Instrumento de recolección de datos	36
3.8. Diseño estadístico	37
3.9. Consideraciones éticas	37

### **CAPÍTULO IV. RESULTADOS**

4.1. Resultados sociodemográficos	39
4.2. Resultados de niveles de conocimientos y autocuidados	49
4.3. Prácticas de autocuidado eficaces e ineficaces	52
4.4. Prueba de hipótesis	58

### **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Discusión de resultados	60
5.2. Conclusiones	73
5.3. Recomendaciones	76

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	78
------------------------------------	----

<b>ANEXOS.</b>	82
----------------	----

## **AGRADECIMIENTOS**

*Porque no existe logro en solitario y porque los triunfos siempre son compartidos:*

Por culminar con este modesto pero significativo trabajo, el cual no solo representa deseos personales, si no preocupaciones e inquietudes de incidir sobre la realidad que otros viven. Gracias a mi director y codirector: Mtro. Ulises Rieke y al Dr. Enrique Gómez respectivamente, a mis profesoras, especialmente a la Dra. Gisela Ponce, Dra. Adriana Camargo y la Mtra. Rosa Icela Esparza, quienes creyeron en este proyecto desde mi admisión en el posgrado y por sus meticulosas revisiones y críticas que me ayudaron a crecer más, a mis compañeros Cecilia Salgado, Gabriela Rodríguez y Julio Barajas cuyos aportes y consejos hicieron llevaderos los dos años de estudio, a mis estudiantes más cercanos por su interés en lo que hago y por su apoyo y trabajo en esta investigación. De manera especial a mis padres que cuyo impulso aún no pierde fuerza, a mi hermana y a mi sobrino Pablo, mi más grande motivación en la vida.

Asimismo agradezco a CONACYT, institución cuyo valor y aporte a la sociedad mexicana es incalculable, ya que tener la gran oportunidad de desarrollarme como profesional realizando un posgrado sin preocupaciones económicas implica un avance cultural y social que sin duda impactan de manera positiva en nuestro entorno. Reafirmo el compromiso moral que he generado como becario CONACYT es grande, y con este humilde producto de investigación espero poder retribuir a la sociedad mexicana esta enorme oportunidad.

## ABREVIATURAS

<b>AHF:</b>	AIDS Healthcare Foundation (Fundación para el Cuidado de la Salud del SIDA).
<b>CENSIDA:</b>	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.
<b>DEA</b>	Drug Enforcement Administration (Administración para el Control de Drogas)
<b>HSH:</b>	Hombre que tiene Sexo con Hombre.
<b>ITS:</b>	Infección de Transmisión Sexual.
<b>MDE:</b>	Muestreo Dirigido por Entrevistados.
<b>MTS:</b>	Mujer Trabajadora Sexual.
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>ONUSIDA:</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
<b>PPL:</b>	Persona Privada de Libertad.
<b>PSI:</b>	Population Services International (Servicios Internacionales para la Población).
<b>PUDI:</b>	Persona Usaria de Drogas Inyectables.
<b>SIDA:</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
<b>SISVEA:</b>	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Adicciones.
<b>TTT:</b>	Transgénero, Travesti y Transexual.
<b>UDI:</b>	Usuario de Drogas Inyectables.
<b>UNODC:</b>	United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de las Naciones Unidas Contra las Droga y el Delito).
<b>USAID:</b>	U.S. Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional).
<b>VHC:</b>	Virus de la Hepatitis C.
<b>VIH:</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de las Variables	16
Tabla 2.	Tabulación cruzada: Niveles de conocimientos de autocuidado y prácticas de autocuidado de las personas usuarias de drogas inyectables	49
Tabla 3.	Correlación: Nivel de conocimientos de autocuidado*Nivel de prácticas de autocuidado	58

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Distribución por género de las PUDI	39
Gráfica 2.	Distribución de sustancias más frecuentes de las PUDI	39
Gráfica 3.	Estado civil de las PUDI	40
Gráfica 4.	Ocupación de las PUDI	40
Gráfica 5.	Ingreso semanal de las PUDI	41
Gráfica 6.	Residencia de las PUDI	41
Gráfica 7.	Escolaridad de las PUDI	42
Gráfica 8.	Tiempo de consumo de drogas inyectables	43
Gráfica 9.	Proporción de veces que las PUDI dejaron el consumo	43
Gráfica 10.	Uso de otras drogas adicionales no inyectables	44
Gráfica 11.	Última vez que estuvo en rehabilitación por uso de drogas	44
Gráfica 12.	Tipo de centro de rehabilitación que estuvieron las PUDI	45
Gráfica 13.	Proporción de uso de Metadona para la rehabilitación de las PUDI	45
Gráfica 14.	Última vez que se inyectó con jeringas usadas por otras PUDI	46
Gráfica 15.	Última vez que usó materiales de inyección usados por otras PUDI	46
Gráfica 16.	Última vez que las PUDI tuvieron sexo sin condón	47
Gráfica 17.	Última vez que las PUDI realizaron una prueba de VIH	48
Gráfica 18.	Número de parejas sexuales de las PUDI en los últimos 6 meses	48
Gráfica 19.	Proporción de antecedentes penitenciarios de las PUDI	49
Gráfica 20.	Niveles de conocimiento/prácticas de autocuidado de abscesos de las PUDI	50
Gráfica 21.	Nivel de conocimiento/prácticas de autocuidado de sobredosis de drogas de las PUDI	51
Gráfica 22.	Nivel de conocimiento/prácticas de autocuidado de VIH&VHC de las PUDI	51
Gráfica 23.	Prácticas eficaces de autocuidado de abscesos de las PUDI	53
Gráfica 24.	Prácticas ineficaces de autocuidado de abscesos de las PUDI	54
Gráfica 25.	Prácticas eficaces de autocuidado de sobredosis de las PUDI	55
Gráfica 26.	Prácticas ineficaces de autocuidado de sobredosis de las PUDI	56
Gráfica 27.	Prácticas eficaces de autocuidado de riesgos virales de las PUDI	57
Gráfica 28.	Prácticas ineficaces de autocuidado de riesgos virales de las PUDI	58

## RESUMEN

**Introducción:** El uso de drogas inyectables en el mundo es un fenómeno urbano que afecta a hombres jóvenes. Afecta a aproximadamente entre 11 y 21 millones de personas en todo el mundo (alrededor del 0.4% de la población mundial), en edades de consumo entre 15 y 64 años de edad, la mayoría usuarios de heroína inyectada. **Objetivo:** Medir las prácticas de autocuidado ejecutadas por las personas usuarias de drogas inyectables (PUDI), en correlación con el nivel de conocimientos preventivos de autocuidado de la salud ante los riesgos y daños del consumo de drogas inyectables en la zona centro de Mexicali. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal de correlación, el cual se aplicó a personas usuarias de drogas inyectables en un punto clave de la zona centro de la ciudad de alta afluencia. El instrumento de recolección de datos se diseñó y validó por experto, el cual se dividió en las áreas de; a) datos sociodemográficos, b) conocimientos en salud en: sobredosis, abscesos e infecciones cutáneas por inadecuada técnica de inyección, y conocimientos virales (VIH y VHC), c) prácticas de autocuidado para evitar: sobredosis, abscesos e infecciones cutáneas y adquisición de virus como VIH y VHC. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 74 personas usuarias de drogas inyectables, la mayoría fueron hombres (93%); las prácticas de autocuidado se centraron en: abscesos, sobredosis y adquisición del VIH. Se aplicó la prueba estadística Tau-B de Kendall, obteniendo un valor de  $p=0.023$ , siendo  $p < 0.05$ , con un coeficiente de correlación de 0.260. **Conclusiones:** Las personas usuarias de drogas inyectables de la zona centro de Mexicali, durante el periodo del 13 de noviembre de 2016 al 14 de mayo de 2017, efectúan moderadas prácticas de autocuidado en correlación con los conocimientos moderados de autocuidado, siendo efectivos frente a los riesgos circundantes a su consumo de drogas inyectables que experimentan.

Palabras clave: PUDI, drogas, heroína, riesgo, sobredosis, VIH.

## ABSTRACT

**Introduction:** The use of injectable drugs in the world is an urban phenomenon that affects young men. It affects approximately 11 to 21 million people worldwide (around 0.4% of the world population), in consumption ages between 15 and 64 years of age, the majority of injected heroin users. **Objective:** Measure self-care practices carried out by injectable drugs users (IDU), in correlation with the level of preventive knowledge of self-care of health before the risks and harms of injecting drug use in the central area of Mexicali. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional correlation study, which was applied to users of injectable drugs in a key point of the high-affluent downtown area. The data collection instrument was designed and validated by an expert, which was divided into the areas of; a) sociodemographic data, b) health knowledge in: overdose, abscesses and skin infections due to inadequate injection technique, and viral knowledge (HIV and HCV), c) self-care practices to avoid: overdose, abscesses and skin infections and acquisition of viruses such as HIV and HCV. **Results:** The sample consisted of 74 people who injected drugs, the majority were men (93%); Self-care practices in the areas of: abscesses, overdoses and HIV acquisition. The Kendall Tau-B statistical test was applied, obtaining a value of  $p = 0.023$ , being  $p < 0.05$ , with a correlation coefficient of 0.260. **Conclusions:** Injecting drug users in the central zone of Mexicali, during the period from November 13, 2016 to May 14, 2017, perform moderate self-care practices in correlation with moderate knowledge of self-care, being effective against the surrounding risks to their injecting drug use they experience.

**Keywords:** IDU, drugs, heroin, risk, overdose, HIV.

## INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo se estableció la problemática de salud de las PUDI a nivel global, nacional y local. El consumo de DI (drogas inyectables) es un problema que afecta principalmente a hombres de todo el mundo<sup>1</sup>, consumida por un promedio de 16 millones de personas en edades de los 15 a los 64 años. Aunque se ha evidenciado consumo de drogas inyectables en casi todos los países, se observa mayor presencia de población de consumidores en Suroeste y Centro de Asia, Europa Oriental y Sudoriental, y América del Norte<sup>2</sup>.

En el caso de México, se registró desde hace varias décadas hasta la actualidad, la presencia de consumidores de heroína y otras DI en la región norte del país, principalmente en los estados de: Sinaloa, Sonora, Baja California Sur y Baja California. La prevalencia de consumo de DI en esta zona geográfica es del 2.8%<sup>3</sup>. En esta línea de análisis, parte del planteamiento del problema fue que, para el caso de la ciudad de Mexicali, B.C. no existe ninguna estimación estadística que permita calcular el tamaño de la muestra de PUDI. Lo anterior se debe a que la población mencionada es una población oculta, dada la ilegalidad de su consumo de sustancias, además del estigma y la discriminación de las que son objeto. En este apartado también se brindaron las características urbanas con presencia de PUDI, como es el caso de la ciudad de Mexicali, B.C. Los aspectos que ameritaron importancia a este estudio, radicaron en el impacto en la salud y los riesgos biológicos asumidos por los consumidores de las sustancias inyectadas, inmersos en situación de vulnerabilidad social.

El objetivo principal del estudio fue medir las prácticas de autocuidado que las PUDI de Mexicali, B.C. realizan, en correlación del nivel de conocimientos respecto a los riesgos asumidos en el consumo compulsivo de DI. Entre los antecedentes se ofreció una retrospectiva sobre el nacimiento de los opiáceos sintéticos en los años de 1800, y el renacimiento de éstas sustancias ya entrada la década de los setentas. Además, se brindó un recorrido epidemiológico tanto del consumo de DI a niveles: global, nacional y local, así como de epidemias asociadas como el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Virus de la Hepatitis C, abscesos y heridas, y sobredosis de drogas. También se consideró un apartado para referir evidencias de autocuidado en PUDI en varias partes del mundo y en Mexicali.

El apartado metodológico del capítulo III, describió las características del estudio realizado, que a grandes rasgos fue una investigación cuantitativa, transversal, no probabilístico, por conveniencia y de correlación, enfocada a medir las prácticas de autocuidado de la salud que las PUDI ejecutan para mitigar los daños y disminuir los riesgos del consumo en correlación con los niveles de conocimiento.

Dado que las personas usuarias de drogas inyectables (PUDI), conforman un grupo oculto y anónimo a causa del consumo clandestino, y de no pertenecer a ningún tipo de registros fiables, comúnmente no es posible estimar el tamaño de muestras. En los estudios consultados para la construcción del presente estudio, se evidenció esta misma problemática metodológica. La población meta del estudio fueron Personas Usuarias de Drogas Inyectables, con consumo activo y de sexo indistinto.

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

El uso de drogas inyectables en el mundo es un fenómeno urbano que afecta a jóvenes, especialmente hombres<sup>1</sup>. Los Usuarios de Drogas Inyectables a nivel global y local no cuentan con opciones terapéuticas efectivas para superar la adicción a la heroína y tienen deplorables opciones para la prevención de otros peligros de salud como el VIH/SIDA, la hepatitis C y abscesos por inyecciones de heroína mal aplicadas. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) observó que, actualmente, en los países con PUDI, la oferta de servicios de salud es baja, con menos del 5% de alcance<sup>4</sup>.

Uno de los datos más recientes arrojados en el Informe Mundial sobre las Drogas 2013, cataloga a la heroína como una droga tradicional y señala que el consumo se ha mantenido estable, situación contraria en el caso de la cocaína y otras drogas que van en aumento. Aproximadamente entre 11 y 21 millones de personas en todo el mundo (alrededor del 0.4% de la población mundial), en edades de consumo entre 15 y 64 años de edad, son usuarios de heroína inyectada, de los cuales 1.6 millones de personas viven con VIH. Las zonas geográficas donde se encuentra la densidad de población de UDI son: Suroeste y Centro de Asia, Europa Oriental y Sudoriental, y América del Norte. En el caso de América, en la parte sur de este continente se ha advertido un aumento del consumo de heroína inyectada, principalmente en Colombia, Brasil y Argentina desde el año 2012<sup>2</sup>. Los consumidores de DI están dispersos en 158 países, y las personas que han adquirido el VIH se encuentran en 120 de éstos. El porcentaje total mundial estimado de personas que viven con VIH y se inyectan drogas es del 10% del total de población que vive con el virus<sup>5</sup>.

El tráfico, demanda y consumo de drogas constituyen un problema mundial y nacional y, respecto al consumo de heroína, Baja California en compañía de otros estados del norte como Sonora y Chihuahua, discrepan en algunos aspectos con el resto del país. La Encuesta Nacional de Adicciones 2011<sup>3</sup> reporta que la edad de inicio en el consumo, en población masculina, fue de 19 a 18 años, y femenina de 23 a 20 años. Parte de las estrategias de prevención en el inicio de uso de drogas se dirige jóvenes en espacios

escolares. Este dato cobra mayor relevancia al compararlo con la tasa de inasistencia escolar de jóvenes mexicalenses y en todo el estado, que es del 67%, incluyendo grupos de edad oscila entre los 15 a los 25 años de edad<sup>7</sup>. Esto da la idea de que la educación en prevención no llegó a los jóvenes que no van a la escuela. Sin embargo, se debe profundizar en el tema mediante investigación.

La misma encuesta arrojó que la región norte (donde se encuentra Baja California junto con Baja California Sur, Sonora y Sinaloa), tiene la prevalencia de consumo de sustancias más elevada de todo México (2.8%) incluyendo un incremento de usuarios que generaron dependencia a las diferentes drogas circulantes. Además, las únicas entidades con mayor impacto de heroína y el cristal, es decir de drogas inyectables, son Baja California y Sonora<sup>6</sup>.

El problema de salud más importante asociado al uso de drogas inyectables en Mexicali y el estado es la epidemia del VIH. El dato sumamente reciente arrojado por CENSA al cierre del año 2017, reporta que existen 72,505 personas viviendo con VIH y 77,951 personas detectadas con SIDA, dando un total de 150,456 personas a nivel nacional. En Baja California, la proporción de SIDA es del 4.4 (7,903 personas) respecto al total nacional, mientras que el VIH tiene un índice de 3.6 (2,683 personas). Respecto a la tasa de mortalidad en 2014 fue de 3.98, es decir que fallecieron 4,763 personas. Por otra parte, el informe muestra una cifra de 596 PUDI en el país, reportadas con VIH<sup>7</sup>.

Al incidir en prácticas de alto riesgo se advierten fenómenos que en conjunto promueven la incidencia y prevalencia de los problemas de salud en PUDI. Bravo<sup>4</sup> enlista varios signos merecedores de atención:

- Cercanía a rutas de tráfico de drogas ilícitas.
- Población prevalente e incidente susceptible de consumir drogas.
- Prevalencia local y regional de VIH, VHC.
- Subpoblación con bajo nivel educativo y deplorable nivel de información sobre salud y vías de transmisión viral.
- Difícil o nulo acceso a insumos de inyección segura y de prevención, como condones.

La ciudad de Mexicali cumple con todas las variables referidas por Bravo; incluso se pueden sumar más variables, ya que al ser una ruta o destino migratorio, la ciudad recibe

un grande y constante flujo de personas que al no ser ciudadanos mexicanos, no son atendidas por las instituciones de salud locales para la prevención<sup>4</sup>.

Es relevante señalar que el sector público de salud ofrece pocas alternativas de atención y programas focalizados y adaptados a la situación de las PUDI. Bajo este contexto la ausencia o escasez de medidas preventivas es una circunstancia que favorece el riesgo social<sup>1</sup>. Aunado a lo anterior, la reacción de los gobiernos latinoamericanos (incluido México) en torno al uso de drogas inyectables y el riesgo de VIH ha sido insuficiente<sup>8</sup>.

Un indicador que demuestra el deficiente nivel de respuesta por parte del sector salud, en torno a estos problemas sanitarios, es la baja inversión de recursos económicos destinados a resarcir las epidemias. Se ha revelado, desde 2004 y anteriormente, que los países como México y otros de Centroamérica, registran las más insipientes aportaciones destinadas a la prevención del VIH/SIDA<sup>8</sup>.

Es así como Magis expresa que el estudio y atención hacia las PUDI, no ha sido profunda ni suficiente, al no contar con información que permita valorar todos los diferentes factores involucrados. Magis también puntualiza la falta de atención al consumo de drogas y su relación con el VIH, sumada al bajo reporte de casos de infección por esta vía; en México puede atribuirse (erróneamente) a que el SIDA se ha visto principalmente como una enfermedad de transmisión sexual<sup>9</sup>.

Parte del problema que se plantea en esta investigación tiene su esencia en las prácticas de consumo de las PUDI. Estas conductas están asociadas a aspectos culturales y de interacción grupal. Las PUDI en Mexicali dan sentido a cada práctica de consumo, aunque ésta implique un riesgo inminente y consciente para la salud. A este respecto, Ovalle encontró que las decisiones que toman los usuarios de drogas inyectables para consumir no son tomadas al azar, se identificó que los usuarios de Mexicali atribuyen sentidos de pertenencia grupal al consumir sustancias, entrando en identificación con otros sujetos que experimentan la misma situación y la condición que los une frente al rechazo y exclusión social que reciben por parte de las instituciones de salud y la sociedad en general. En este sentido se comprende el intercambio de jeringas como una práctica solidaria y empática hacia otros<sup>10</sup>.

Las principales prácticas de riesgo son: inyectarse droga con jeringas usadas por otros usuarios, compartir el recipiente de preparación llamado por ellos **cacharro**, compartir los filtros y succionar agua de recipientes compartidos.

La relevancia de esta investigación radica en la inexistencia de publicaciones científicas con metodología cuantitativa sobre esta cuestión, en Mexicali. A nivel estatal en Baja California se han realizado sobre los niveles de riesgos de las PUDI de la ciudad de Tijuana. Asimismo, los estudios encontrados producidos en diferentes partes del mundo que han documentado la cuestión UDI, se enfocan en medir y cuantificar los riesgos inherentes al consumo de drogas inyectables. Tampoco se encuentran estudios centrados en los comportamientos positivos en torno a los riesgos del uso de drogas inyectables. En diversos estudios se ha demostrado que las PUDI pueden generar consistentes cambios de comportamiento con objetivos de autocuidado, aún dentro de un consumo activo y prolongado de drogas inyectables.

La presente investigación se centró en identificar las prácticas de autocuidado en función de su eficacia o ineficacia y la correlación entre los conocimientos y las prácticas de autocuidado<sup>9</sup>. Las prácticas de autocuidado de las PUDI son prevención y mitigación de los riesgos de: 1) enfermedades infectocontagiosas; VIH, Virus de la Hepatitis C (VHC), 2) prevención de abscesos cutáneos por inadecuada técnica de inyección o mínimos niveles de asepsia, y 3) prevención de sobredosis. En este sentido, se indagará las prácticas, sustentos del autocuidado de las PUDI de Mexicali, en torno al consumo compulsivo de drogas inyectables del 13 de noviembre de 2016 al 14 de mayo de 2017

## **1.2. Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los niveles de las prácticas de autocuidado ejecutadas por las PUDI, en correlación con el nivel de conocimientos preventivos de autocuidado de la salud, ante los riesgos y daños del consumo de drogas inyectables en la zona centro de Mexicali, B.C.?

### **1.3. Justificación**

La importancia de realizar investigación sobre las PUDI de Mexicali radica en que desde la perspectiva del autocuidado, no se encuentran estudios relacionados con la condición de las PUDI. Se visualiza un vacío en el conocimiento a éste respecto: académicamente al ser un tema mínimamente estudiado en Mexicali, Baja California; y adicionalmente poco intervenido por instancias de salud y académicas. A nivel nacional se encontró abundante cantidad de investigaciones sobre el VIH/SIDA, al ser una población con alta prevalencia e incidencia en esta epidemia. Este estudio contribuye a entrever en el nivel académico a Mexicali como una ciudad con población UDI inmersa en vulnerabilidades y riesgos.

Apelando a la ética de las ciencias de la salud, resulta importante estudiar la vulnerabilidad en la que se encuentran inmersas las PUDI, dadas las prácticas de alto riesgo que mantienen por el consumo compulsivo de heroína. Esta población es objeto de marginalidad y exclusión de las esferas de la vida social (excluidos o autoexcluidos de la dinámica social, encarnando el fenómeno del estigma y el deterioro de su identidad), sobre todo del acceso a la salud, siendo discriminados en su búsqueda de atención médica, y de la inexistencia de programas institucionales.

Esta investigación categorizó y midió las conductas positivas de autocuidado en el consumo de drogas inyectables que ejecutan las PUDI. El producto que se obtuvo del presente estudio fue un análisis profundo y detallado de las prácticas positivas en torno al consumo de drogas inyectables, que establece los beneficios en la salud de las PUDI. Este aporte brinda datos certeros que ayudarán a instituciones de salud pública, organizaciones de la sociedad civil y académicas para la comprensión del tema y la sensibilización hacia las necesidades de las PUDI. Los hallazgos se sumarán a la generación de conocimiento científico y a los esfuerzos de personas físicas y morales preocupadas y ocupadas en dar una respuesta proactiva frente al problema.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general:**

Medir las prácticas de autocuidado ejecutadas por las PUDI, en correlación con el nivel de conocimientos preventivos de autocuidado de la salud ante los riesgos y daños del consumo de drogas inyectables, en la zona centro de Mexicali, B.C.

### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- Describir las características sociodemográficas de las PUDI de la zona centro de Mexicali, B.C.
- Describir la trayectoria de consumo de drogas y la exposición a los riesgos del consumo de drogas inyectables (sobredosis de drogas, prácticas de riesgo para la adquisición de VIH) y riesgos sexuales de las PUDI.
- Categorizar las prácticas de autocuidado de las PUDI en eficaces e ineficaces, en función de principios de efectividad o inefectividad.
- Medir el nivel de conocimientos preventivos de salud de las PUDI, respecto a los riesgos y daños del consumo de DI asociados a: a) la adquisición del VIH y VHC, b) sobredosis de drogas y c) abscesos por inadecuada técnica de inyección de drogas.
- Medir el nivel de autocuidado preventivo de salud de las PUDI ejercen, respecto a los riesgos y daños del consumo de DI asociados a: la adquisición del VIH y VHC, b) sobredosis de drogas y c) abscesos por inadecuada técnica de inyección de drogas.
- Correlacionar el nivel de conocimientos preventivos de salud con las prácticas de autocuidado de las PUDI.

## **1.5. Hipótesis**

Las PUDI de la zona centro de Mexicali, B.C., mantienen niveles significativos de prácticas de autocuidado preventivo de salud, en correlación con conocimientos preventivos de autocuidado de la salud frente al consumo de drogas inyectables.

## 1.6. Variables

Se midió el nivel de conocimientos preventivos de salud de las PUDI (variables independientes), en correlación con las prácticas de autocuidado preventivo de salud (variables dependientes), que las PUDI ejecutan con el objetivo de preservar la salud. Asimismo se incluyen variables sociodemográficas: Edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad, vivienda, ingresos y consumo de DI.

**Tabla 1. Operacionalización de las Variables**

Variables Sociodemográficas	Definición Conceptual	Definición Operacional		Escala de Medición
		Dimensiones	Indicadores	
Edad	Tiempo que alguna persona u otro ser vivo han vivido desde su nacimiento		Número de años cumplidos	Cuantitativa, Discreta
Género	Características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer		-Hombre -Mujer	Cualitativa, nominal, Dicotómica
Estado Civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles		-Soltero -Casado -Unión libre -Viudo -Divorciado	Cualitativa, politómica
Ocupación	Actividad ocupacional o laboral del sujeto		-Trabaja -Desempleado -Estudiante -Ama de casa -Jubilado/pensionado	Cualitativa, politómica
Escolaridad	Nivel escolar que ha obtenido el sujeto		-Preescolar -Primaria -Primaria trunca -Secundaria -Secundaria trunca -Preparatoria -Preparatoria trunca -Universidad -Universidad trunca	Cualitativa, ordinal
Vivienda	Espacio vital donde la persona reside		-Vivienda propia -Vivienda en renta -Vivienda prestada -Vivienda apropiada -Vive con amigo o familiar -Situación de calle	Cualitativa, politómica.
Ingresos	Ingreso económico mensual	Rangos de cantidades de ingreso mensual	-Menos de \$900 -Entre \$1,000 y \$4,900 -Entre \$5,000 y \$9,900 -Entre \$10,000 y \$14,900 -Entre \$15,000 y \$19,900 -Más de \$20,000	Ordinal politómica.
Consumo de drogas inyectables	Consumo mantenido, prolongado y compulsivo de drogas inyectadas	Tipo de consumo.  Tiempo de consumo	-Menos de 5 meses -De 5 meses a 1 año -2 años -3 años -4 años -5 años -Entre 6 y 10 años -Más de 10 años	Cualitativa, politómica.

**Continúa tabla 1. Operacionalización de las Variables**

Variables Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional		Escala de Medición
		Dimensiones	Indicadores	
Nivel de conocimientos preventivos de salud	Conocimientos de salud aprendidos por las personas usuarias de drogas inyectables	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimientos sobre autocuidado de abscesos</li> <li>-Conocimientos sobre prevención de sobredosis de drogas</li> <li>-Conocimientos en autocuidado de VIH/SIDA y VHC</li> </ul>	Niveles de conocimientos: -Altos: de 8 a 10 puntos -Medios: de 4 a 6 puntos -Bajos: de 0 a 3 puntos	Cuantitativa, ordinal politómica.
Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional		Escala de Medición
		Dimensiones	Indicadores	
Capacidad general de autocuidado	Capacidad que poseen los sujetos para cuidar de sí mismos para mantener la buena salud y bienestar		Nivel general de capacidad de autocuidado -Altos: de 8 a 10 puntos -Medios: de 4 a 6 puntos -Bajos: de 0 a 3 puntos	Cuantitativa discreta
Prácticas de autocuidado preventivo de la salud	Prácticas y actividades que los sujetos realizan en favor de sí mismos	-Prevención de abscesos	Nivel de frecuencia: -Altos: de 8 a 10 puntos -Medios: de 4 a 6 puntos -Bajos: de 0 a 3 puntos	Cualitativa, nominal politómica.
		-Prevención de sobredosis	Aumento súbito de dosis de droga: -Altos: de 8 a 10 puntos -Medios: de 4 a 6 puntos -Bajos: de 0 a 3 puntos	Cualitativa, nominal politómica.
		-Prevención de VIH/SIDA y VHC	Nivel de frecuencia: -Altos: de 8 a 10 puntos -Medios: de 4 a 6 puntos -Bajos: de 0 a 3 puntos	Cualitativa, nominal politómica.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

El estado del arte de la situación de las personas usuarias de drogas inyectables, está ampliamente documentado a nivel empírico, dada la cantidad de intervenciones e investigaciones focalizadas a dicha población a nivel mundial. Sin embargo, existen antecedentes más antiguos del inicio del consumo de la heroína. Posterior a varias epidemias de adicción al opio en Oriente y Europa, surgieron las drogas sintéticas derivadas de sus versiones botánicas. La pauta fue dada con el descubrimiento de la morfina, aislada químicamente en 1817 por Friedrich Serturmer, que hasta la fecha se utiliza como analgésico. Este descubrimiento abrió el camino a los laboratorios Bayer en Alemania para sintetizar la diacilmorfina, posteriormente nombrada heroína, que se comercializó desde 1878 y fue descontinuada hasta 1913. Bayer eliminó su producto de las droguerías al advertir severos casos de adicción en los consumidores del fármaco, principalmente en niños ya que uno de los usos de la heroína era el de jarabe para la tos<sup>11</sup>.

A partir del desarrollo de drogas ilícitas sintéticas, la heroína se convirtió en la más dañina por sus efectos individuales, físicos, mentales y sociales, en los sujetos que la consumían de manera compulsiva. Pese a que la cuestión del uso de drogas inyectables existe desde hace 40 años, fue hasta los años ochenta que cobró dimensiones de epidemia ante el surgimiento del VIH/SIDA. Sin embargo, la respuesta de la comunidad mundial en su priorización en torno al problema de salud no fue pronta, al menos en un inicio. Por ello, el tema fue uno de los últimos en documentarse y en ser intervenido para mitigar la epidemia. Un factor influyente que se observó es que una vez posicionada la droga y su consumo, el riesgo de propagación del VIH se desencadenó en una epidemia explosiva en términos estadísticos<sup>4</sup>.

### 2.2. Historia de la heroína

Una de las primeras y más importantes pugnas prohibicionistas, relacionadas con sustancias psicoactivas, se observó en 1839 en Cantón, China. Las conocidas Guerras del Opio entre China e Inglaterra tuvieron lugar de 1842 a 1849, y un segundo conflicto de 1856 a 1860. Inglaterra (en alianza con Francia en la segunda pugna) disputaba frente a China el tráfico y comercio del opio. La derrota fue para China quien, tras una muestra del poder bélico y naval por parte de Inglaterra, se vio obligada a ceder a las imposiciones comerciales

de Inglaterra, y a la apertura comercial internacional obligada. De tal suerte, Inglaterra comenzó el tráfico y venta de opio en China generando, como consecuencia, alrededor de 15 millones de chinos adictos a la droga y exportando dicho fenómeno a Europa (por elección misma de los europeos) <sup>11</sup>.

El consumo de opio y de otras sustancias psicoactivas con potenciales adictivos se documentaron por culturas con tradiciones orales como los griegos. Sin embargo, los fenómenos asociados a las sustancias como el consumo y adicción colectiva eran, ambos, sucesos poco frecuentes. Así, la historia en su retrospectiva nos muestra cómo inició el problema de salud que ahora nos atañe<sup>12</sup>.

Las drogas sintéticas descubiertas en laboratorio, son catalogadas como *drogas de diseño*. La heroína, como derivado de la morfina, a su vez derivada del opio, es considerada una sustancia depresora del sistema nervioso central, altamente adictivo y riesgoso. El nacimiento de la heroína fue como el de cualquiera de los medicamentos legales que se consumen con fines terapéuticos, para eliminar prontamente los dolores físicos y emocionales de mejor manera que la morfina y otros derivados. La heroína fue dada a conocer en el año de 1874, por el inglés Charles Romeley Alder Wright, quien no le encontró aplicación. Después fue perfeccionada por Felix Hoffmann y con la asistencia de la empresa *Farbenfabriken Friedrich*, ahora llamada Bayer. A pocos años de haber sido lanzada al mercado, con una serie de promesas bondadosas, varios médicos reportaron cuadros de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia en quienes la consumieron. Aunque de manera tardía (tal vez por las cuantiosas ganancias obtenidas por Bayer) la farmacéutica sacó la heroína del mercado hasta 1913<sup>11</sup>.

La heroína como tal, a casi cien años posteriores de su creación, resurgió en la década de los setenta en Estados Unidos, empezando a circular e identificarse por sus descubridores y adeptos como *china white*. Era la novedosa y joven heroína que empezó a ocasionar cientos de muertes, posicionándola como una de las drogas más dañinas del mundo y, a la vez, poderosamente adictiva. Tras poco tiempo de este resurgimiento, instancias gubernamentales de los Estados Unidos como la *Drug Enforcement Administration* (DEA), analizaron e identificaron a la heroína como aquel compuesto derivado de la morfina, sintetizado, patentado y posteriormente excluido del repertorio comercial de medicamentos curativos, comenzando así la persecución legal a traficantes, vendedores y consumidores, añadiéndola a la lista de drogas prohibidas y peligrosas<sup>12</sup>.

Una de las primeras epidemias observadas fue en 1985 cuando, en India, se contabilizaron al menos 100,000 personas adictas a la heroína. Todo de manera aparentemente súbita, ante el reciente renacimiento de dicha droga. La mayor producción y exportación provino del triángulo dorado (zona geográfica conformada por Birmania, Tailandia y Pakistán) que, desde entonces y hasta la fecha, implican ingresos millonarios por narcotráfico. Las consecuencias de este negocio a estos países de medio oriente y oriente, al ser los mayores productores de opiáceos, ha sido la ineludible carga del problema de adicción colectiva que conlleva, con millones de personas dependientes de la mencionada sustancia<sup>12</sup>.

### **2.3. Antecedentes del VIH/SIDA en PUDI**

Como dato reciente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en México (SISVEA) reportó, para 2015, que un 10.3% de las personas que acudieron a tratamiento de desintoxicación y rehabilitación fueron consumidores de heroína en la zona norte del país; es decir, Baja California Sur, Baja California, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas. La estratificación del consumo de heroína reveló que para 2015, que un 5.3% afirmó haber consumido drogas de manera inyectada mostrando, además, una disminución del consumo en contraste con otros años. En la zona norte de México la principal droga de impacto es ya no es la heroína, si no el cristal, con el 51.8% de personas que acudieron por tratamiento, destacando que en Baja California se reporta que un 65.2% de la población que requirió atención fue por causa de la adicción al cristal<sup>13</sup>.

Sin embargo, el surgimiento y explosión de la epidemia de VIH/SIDA data del año de 1983, situación que hasta la fecha continúa afectando a grupos poblacionales. El problema biológico de salud, se expandió a dimensiones sociales ante el estigma y la discriminación hacia las personas que llegaron a las instituciones de salud, sin un diagnóstico ni una idea de su deterioro físico, con cuadros y síntomas no diagnosticables. Ante la incertidumbre, la población general reaccionó usando el rechazo como mecanismo de defensa ante el miedo de adquirir esa nueva enfermedad, de la cual no se sabía casi nada. Experiencias en México dan testimonio de que, víctimas de cierto pánico e incertidumbre, los médicos se negaron a atender a enfermos, incluso el personal de

hospitales amenazó con detener los servicios de salud y los enfermos no fueron admitidos en las áreas de urgencias<sup>14</sup>.

En México se identificaron los primeros casos de VIH hasta 1983. La opacidad de las autoridades gubernamentales a nivel federal, llevó a una reacción lenta a la que se atribuye la responsabilidad de miles de muertes que hubiesen podido evitarse con una reacción rápida y eficiente. Bravo refiere, en retrospectiva, que nunca se calculó la cantidad de personas que pudieron haber sobrevivido en México si el acceso al tratamiento antirretroviral hubiera sido inmediato<sup>4</sup>.

La evidencia científica establece que las PUDI son las más expuestas a los riesgos de adquisición del VIH. En México, fue hasta 1986 cuando se reportó, por parte de los servicios de salud, el primer caso de VIH en una persona usuaria de drogas inyectables. La población UDI fue la última en ser atendida por las instancias de salud<sup>8</sup>.

No se puede dejar de asociar la cuestión del consumo de drogas inyectables a la epidemia del VIH/SIDA; a nivel mundial las estadísticas muestran que el uso de drogas inyectadas es un fenómeno que ocurre con más frecuencia en lugares con una larga tradición de uso de opiáceos, como son Estados Unidos y la Unión Europea. No obstante, el uso de drogas inyectadas ya está presente en países de todos los niveles de desarrollo, orientación religiosa o constitución política y está en constante crecimiento<sup>8</sup>.

Entre 1994 y 1997 las principales drogas de impacto en la región norte se elevaron, incluso como droga de inicio. Este fenómeno derrumba el principio del consumo escalonado. Las fechas y cifras nos dan una idea del reciente abordaje de la cuestión de las PUDI en México y, por ende, en Baja California; sin embargo, se han realizado importantes intervenciones que se mencionarán en el siguiente apartado<sup>8</sup>.

#### **2.4. Las Personas Usuaris de Drogas Inyectables**

A la fecha existen investigaciones de organizaciones civiles y activistas, que trabajan en la prevención no sólo de las adicciones, sino de otras pandemias como la del VIH/SIDA, que documentaron la vulnerabilidad y las zonas geográficas, al igual que las prácticas de riesgo a las que están expuestas las personas que mantienen una conducta compulsiva sobre el uso de drogas inyectables, principalmente la heroína. Al cierre del año de 1999,

136 países reportaron grupos humanos consumidores de drogas inyectables, de los cuales 114 refirieron la propagación del VIH en la población específica<sup>4</sup>.

En el Informe Mundial sobre Drogas reportado por United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) en 2013, se expuso un dato medianamente alentador, que manifestó que la prevalencia de personas que se inyectaban drogas y estaban afectadas por el VIH en 2011, era más bajo de lo que se había estimado previamente. Se calculó que 14.0 millones de personas de 15 a 64 años de edad se inyectan drogas, de las cuales 1.6 millones de personas que realizaron dicha práctica se, encontraban afectadas por el VIH. De manera previa, el informe de UNODC en 2008, reflejó que 46% de las personas que se inyectan drogas están afectadas por el VIH. Para 2011, el número de muertes relacionadas con las drogas se estimó en 211,000. La mayoría de esas muertes fueron entre la población más joven de consumidores, las cuales pudieron haber sido prevenidas<sup>2</sup>.

Otras investigaciones detectan que el grado de riesgo es mayor durante las primeras prácticas de riesgo, ante la inexperiencia y la iniciación de nuevos usuarios. Los más susceptibles de adquirir VIH y VHC y sufrir muerte por sobredosis son los sujetos más jóvenes y con menor experiencia<sup>4</sup>.

La cuestión UDI es especialmente compleja, en comparación con otros grupos usuarios de otras drogas, que también muestran prácticas de alto riesgo. Además de ser una población volátil y nómada en el contexto urbano, se dificulta el contacto para intervenciones de salud o de investigación. Su práctica de consumo resulta en una confluencia de riesgos simultáneos, que tienen origen al inyectarse drogas directo al torrente sanguíneo con materiales de inyección compartido en forma grupal. La inyección de drogas con jeringas ajenas, empleadas por otros usuarios; es un mecanismo potente y eficaz para la transmisión de infecciones: víricas, bacterianas, micóticas y protozoarias<sup>4</sup>.

Otros peligros biológicos confluentes son:

- Virus de la Hepatitis C.
- VIH.
- Tétanos.
- Sobredosis, con potencial muerte.
- Pérdida de miembros corporales por gangrena, originada por abscesos en una errónea aplicación de inyección de la sustancia, seguida de un inadecuado tratamiento de la herida.

- Descalcificación de huesos como efecto colateral de la heroína.
- Desnutrición y delgadez.

## **2.5. Las PUDI de Mexicali, Baja California**

Desde los años noventa, la ciudad de Mexicali está reportada ante organismos nacionales, como una de las entidades con importantes problemas de salud con PUDI; en reportes epidemiológicos tanto del SISVEA como de CENSIDA. Otra dimensión del tema que investiga este trabajo se relaciona con el proceso migratorio de grupos humanos desde el sur del país y de Latinoamérica, que tiene el objetivo de cruzar sin documentos a Estados Unidos.

Existen muy pocos estudios relacionados con la situación de los consumidores de drogas inyectables en Mexicali, B.C. El más destacado (y tal vez el único documentado) se realizó en el año 2008 por la organización PSI México, la cual investigó los comportamientos y factores de riesgo de las PUDI en las ciudades de Mexicali, Baja California y San Luis Río Colorado, Sonora. Dentro de los hallazgos del estudio, se encontró que las PUDI mantienen los siguientes riesgos de salud: incidencia en comercio sexual en un 17% de los encuestados; un uso compartido de jeringas y utensilios de inyección usados por otros, ligeramente superior al 50%; nivel de conocimientos sobre desinfección de jeringas para prevenir la adquisición de VIH, de sólo 33% que consideró que, mientras no existiera sangre en el instrumento de inyección, éste no implicaba un riesgo. Asimismo, en términos de trayectorias de uso de drogas, las mujeres parecen iniciarse más tardíamente en el uso de drogas inyectables o no inyectables, sólo 44% reportó usar varias drogas inyectables. Finalmente, se detectó que un 62% de los usuarios se realizó una prueba de VIH en el último año<sup>15</sup>.

Aunque el estudio mencionado no logró representatividad estadística, fue uno de los primeros en otorgar atención a la situación, con una perspectiva sanitaria y científica. Cabe mencionar que todos los estudios relacionados con población de PUDI, presentan dificultades metodológicas y rara vez logran representatividad estadística y aleatoriedad. Esto debido a que dicha población es oculta y difícil de contactar.

## **2.6. Las prácticas de autocuidado en PUDI**

A pesar de los severos riesgos y daños a la salud autoinfligidos, las PUDI, mitigan algunas consecuencias del consumo mediante prácticas de autocuidado. Como se citó previamente en esta investigación, actualmente, es posible encontrar evidencia científica del efectivo cambio de comportamiento que se genera en personas que usan drogas, o sujetos dependientes. Estos autores reconocen en los sujetos una capacidad de agencia que busca incidir favorablemente en el mundo que les toca vivir<sup>16</sup>.

En la lógica del autocuidado de la salud sobre las PUDI, existe una evidencia relativamente reciente del tema, elaborado por la Dra. Lilian Paola Ovalle Marroquín quien, desde una perspectiva cualitativa, recolectó experiencias asociadas a las prácticas simbólicas, que son la esencia de muchas de las conductas de riesgo, trastocando el tema de la autodestrucción por el aumento frecuente de severos riesgos de salud. En algunos de los aspectos de este estudio titulado “Engordar la vena”, se evidenció que, frente al rechazo social de las instituciones y personal de salud, y al no contar con el apoyo ante las adversidades de su práctica de consumo, las PUDI optan por la autocuración, mediante prácticas preventivas y correctivas para mitigar riesgos. Se observó que la autocuración es la tendencia al incurrir en situaciones riesgosas para la salud asociadas con su consumo, y enfrentarlas con estrategias recomendadas por los pares, sin asistencia médica<sup>10</sup>.

El análisis de Ovalle continúa resaltando la atención que los usuarios se dan a sí mismos con autocuraciones basadas, algunas ocasiones, en mitos erróneos sin sustento científico, transmitidos de voz a voz por sus compañeros. Prevenir las sobredosis y curar las heridas punzantes causadas por los abscesos por inadecuada técnica de inyección son algunos ejemplos recabados en dicho estudio<sup>10</sup>.

En el mismo estudio referido, se evidenció la oscilación de los usuarios entre la autodestrucción y la autocuración, ya que por un lado, autoinfligen severos daños corporales y de salud al consumir de manera compulsiva drogas inyectadas y, a la vez, realizan actividades preventivas y auto-curativas para disminuir dichos daños. Este fenómeno arroja la motivación ambivalente de las PUDI hacia el consumo. Con base en esto se puede establecer que las autocuraciones que ejecutan las PUDI, entendidas como prácticas de autocuidado, son fuertemente motivadas por el rechazo, el abandono social y la discriminación por parte del personal de salud<sup>10</sup>.

Sin embargo, el estudio referenciado no pretendió indagar a profundidad las prácticas autocurativas o de autocuidado, ni detectar la veracidad o efectividad de dichas prácticas desde una perspectiva cuantitativa. La propuesta que se articuló en esta investigación tuvo dentro de sus objetivos profundizar; medir y categorizar estas prácticas en función de su eficacia, a la vez que se correlacionaron aspectos de conocimientos con las prácticas de autocuidado<sup>10</sup>.

En diversos estudios realizados en New York, Canadá y en Río de Janeiro; entre 1990 y 1997, se observó que los usuarios de drogas inyectables modifican positivamente sus comportamientos de riesgo. Uno de los factores que promovieron estos discretos pero alentadores cambios de comportamiento, fue que los usuarios hablaron con sus compañeros inyectores, parejas sexuales y familiares; sobre el VIH/SIDA; estos factores sugieren que la modificación del comportamiento es un proceso social, más que una decisión individual. Lo anterior alienta y aporta elementos para el estudio del tema. En estos estudios se evidenció que las PUDI cambiaron conductas de riesgo sexual, disminuyeron el uso compartido de jeringas socializando con otros su condición personal y de salud, todo lo cual coincidió con descensos estadísticos en la incidencia de diseminación de VIH en esa época<sup>4</sup>.

Como se mencionó anteriormente y otros citados en el presente trabajo de investigación, existen variados estudios que arrojan evidencia científica muestra el efectivo cambio de comportamiento en personas que usan drogas y sujetos dependientes de sustancias; los usuarios asumen prácticas de reducción de daños que requieren de autoconocimiento y autocontrol; por ejemplo, evitan el uso de determinadas drogas difíciles de controlar, analizan la calidad de las sustancias o algunos evitan mezclar drogas, además optan por la experimentación motivada por el placer y no por la necesidad<sup>16</sup>.

Desde la perspectiva sanitaria, el consumo de drogas es una práctica cuya certeza es el daño, por lo que considera como enfermedad el acto de consumir drogas catalogado como un auto-daño, lo que impide la posibilidad de visualizar otras posibles relaciones con las sustancias<sup>18</sup>. En un enfoque más flexible que desancla concepciones impuestas por las ciencias de la salud, es posible apreciar al usuario de manera diferente. Es en este sentido que las PUDI, asumen prácticas de autocuidado para mantener la integración social y afectiva, aún en el contexto de consumo de drogas<sup>16</sup>.

## **2.7. Iniciativas de prevención indicada a PUDI**

Actualmente existen en México pocas intervenciones dirigidas a PUDI. El CENSIDA ha promovido desde hace años acciones de prevención del VIH/SIDA, mediante la implementación de brigadas de salud preventivas; sin embargo, CENSIDA ni otras instancias de salud a nivel federal o estatal, mantienen programas ni personal profesional capacitado en reducción de daños orientados a PUDI. Baja California no es la excepción, y las emergentes y modestas iniciativas vigentes se han conformado por la sociedad civil organizada. El ejemplo de ello, fueron las intervenciones desarrolladas por la organización *Population Services International* (PSI) en la ciudad de Mexicali. Esta organización no lucrativa de origen estadounidense interviene, en problemas de salud a nivel mundial, y mediante su filial mexicana de nombre PSI México, realizó diversas actividades de investigación y de prevención del VIH y otras problemáticas de salud del año 2005 al 2009<sup>18</sup>.

La mencionada organización reportó actividades de prevención focalizadas sobre grupos vulnerables que, estadísticamente, muestran concentración de VIH/SIDA y otros problemas de salud. Sus intervenciones consideraron a las PUDI, y sus labores realmente concluyeron hasta el año 2013. Sus metodologías basadas en evidencias fueron: mercadeo social, comunicación para el cambio de comportamiento, y la aplicación del modelo de reducción de daños, poniendo al alcance de las PUDI insumos de inyección segura. También ofrecieron servicios como la aplicación de pruebas rápidas de VIH, canalización a servicios de salud, entre otros. Al cierre de sus labores, esta organización reportó un aproximado de 57,000 actividades de prevención. Para el caso de Mexicali, B.C., no se tienen otros precedentes documentados con esta magnitud por parte de alguna otra instancia de salud, civil ni gubernamental<sup>18</sup>.

A nivel nacional se conformó la organización llamada: Red Mexicana de Reducción de Daños en el año 2012 que, aunque es de reciente creación, ha estructurado un plan estratégico con principios del modelo de reducción de daños y, adicionalmente, promueve la inclusión y atención de las PUDI desde las perspectivas de género y los derechos humanos. A nivel regional se pueden encontrar dos organizaciones civiles que ofrecen servicios a la población PUDI una en Tijuana y otra en Mexicali; Centro de Servicios SER A.C. y Verter Integración Social A.C. respectivamente. Estos nobles esfuerzos no son suficientes, ya que son organizaciones con pocos recursos para atender a la cantidad total de usuarios en la región<sup>19</sup>.

## **2.8. Teoría del autocuidado**

A modo de introducción y de manera obligada, se consideraron en la presente investigación los aportes teóricos y metodológicos de Dorothea Orem quien, desde la praxis de la Enfermería, propuso principios rectores y reales sobre el autocuidado.

Orem partió de perspectivas claramente humanistas, como contemporánea de Alfred Adler, Maslow, Victor Frankl y otros autores de la psicología y la filosofía del momento, emergente de la posguerra, los cuales, posteriores al trauma colectivo y global, reflexionaron en torno a la resiliencia, el potencial humano, la disonancia colectiva, la violencia, el poder, el sometimiento, la libertad y la vulnerabilidad. La esencia de los aportes de Dorothea Orem, está centrada en el servicio al paciente con ciertos niveles de discapacidad, brindándole apoyo para aprender a actuar por sí mismo para el propio cuidado de la salud, de la manera más independiente posible. Resulta pertinente para el presente estudio considerar la teoría del autocuidado, ya que reconoce los factores externos influyentes sobre las decisiones y conductas del sujeto, para auto cuidarse en función de sus límites y capacidades. De tal suerte, que se forma y motiva al sujeto susceptible y a sus familiares o acompañantes cotidianos; con los conocimientos teóricos y principalmente prácticos para el mantenimiento de los cuidados. Finalmente, se busca la responsabilidad y la autoeficacia del sujeto para su auto conservación<sup>20</sup>.

Orem<sup>20</sup> definió el autocuidado como un conjunto de acciones intencionadas que el sujeto realiza para controlar factores internos o externos de su vida y salud. En definitiva es una conducta que el sujeto realiza en beneficio de sí mismo. Asimismo, el modelo teórico metodológico brinda algunas pautas que el profesional en salud debe seguir:

1. Examinar factores, problemas y detectar el déficit
2. Recoger datos valorativos
3. Analizar dichos datos
4. Diseñar estrategias para la intervención motivacional y capacitadora
5. Poner el plan en acción, en colaboración con el paciente

El modelo da cabida al análisis de factores culturales, hábitos y costumbres del sujeto, que influyen su motivación y a la vez sus comportamientos.

En la situación del objeto de estudio de la presente investigación, resultan oportunos los objetivos de Orem para lograr equilibrio entre la individualidad y la comunicación con

otras personas. También lograr la prevención de peligros para la vida y el funcionamiento del sujeto, al otorgar atenciones y cuidados en personas con trastornos severos asociados al consumo compulsivo de drogas.

## **2.9. Educación para la salud**

Otra metodología desarrollada y efectiva para la respuesta preventiva frente a problemas de salud a nivel comunitario, es la educación para la salud. Alejada de la perspectiva biologicista y más cercana a las ciencias del comportamiento, se ha propuesto como una alternativa que incide sobre la motivación, hábitos y conductas de las personas en torno a sus problemas de salud. Esta perspectiva sanitaria fue propuesta en 1986 en un documento titulado La Carta de Ottawa, como uno de los primeros intentos en replantear y modificar la atención primaria de los servicios de salud. Diversas asociaciones mundiales con el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud, establecieron los principios y estrategias de la educación para la salud. De todas las acciones establecidas, resaltan la incidencia en políticas públicas sanitarias, la creación de entornos de apoyo, priorizar el rol de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades interpersonales y una reorientación de los servicios sanitarios tradicionales<sup>21</sup>.

La educación para la salud promueve la participación activa de las personas afectadas en su salud, esperando el cambio comportamental permanente. Los objetivos son:

- Modificar conductas insanas por sanas.
- Fomentar cambios ambientales favorables para la salud.
- Capacitar a las personas para la toma de decisiones en torno a su propia afección.

Esta intervención supera la simple transferencia de información, por lo que el trabajador de salud debe mantener un trato digno, generar empatía, cercanía con los usuarios de los servicios de salud y un seguimiento posterior<sup>22</sup>.

## 2.10. Modelo transteórico

Un modelo ampliamente utilizado para lograr cambios de comportamiento es el modelo transteórico, creado por Prochaska y Diclemente, también conocido como Modelo de Etapas de Cambio. Este modelo ha resultado sumamente efectivo en intervenciones focalizadas para promover cambios de comportamiento saludable. El esquema es aplicable y práctico, sobre todo para intervenciones breves donde se cuenta con poco tiempo para realizar el abordaje, en ocasiones en espacios poco comunes para prestadores de servicios de salud. Éste modelo es de gran utilidad, por ejemplo en prevención de VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual, y para reducir el estigma y la discriminación y promover los derechos humanos con poblaciones como: los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), personas Transgénero, Transexual y Travesti (TTT), Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), Personas Privadas de Libertad (PPL) y Población Migrante (PM) y, por supuesto, las PUDI<sup>23</sup>.

El esquema del modelo transteórico evalúa, mediante intervenciones breves en contacto con el usuario meta, su nivel de motivación, disposición y susceptibilidad, en torno a los riesgos de salud que asume en su vida cotidiana. Posterior a una valoración rápida, el interventor en salud sabrá en qué nivel de disposición se encuentra y qué tipo de comunicación dirigirá al usuario<sup>23</sup>.

El modelo se compone de los siguientes estadios:

1. **Pre-contemplación:** Sujeto sin intención de cambio frente a su comportamiento insano. Incluso puede tener una mínima percepción del riesgo.
2. **Contemplación:** La persona se hizo consciente y se auto-percibe en riesgo. Comienza a considerar un cambio frente a un riesgo potencial futuro.
3. **Preparación:** En esta faceta la persona ya es consciente de los riesgos y ha decidido generar un cambio de comportamientos. Realiza un plan de cambio de hábitos.
4. **Acción:** El sujeto ha iniciado un cambio de comportamiento y comienza a gozar de los beneficios, experimentando cierto nivel de satisfacción. El tiempo para el establecimiento es a partir de 6 meses.
5. **Mantenimiento:** En este punto la persona ha sobrepasado los 6 meses con el cambio de comportamiento y los cambios se han asimilado a su vida cotidiana.
6. **Regresión:** La recaída puede surgir en cualquier etapa del proceso de cambio y significa eliminar los avances obtenidos previamente. La regresión no debe ser considerada una falla catastrófica e irreversible. Puede ser utilizada positivamente para

reforzar la continuación del cambio de comportamiento, re-valorando los cambios logrados como un periodo en que se redujeron riesgos.

### **2.11. Modelo de reducción de daños**

El concepto de mitigación o reducción del daño (RD), se acuñó en los años ochenta, para referirse a programas dirigidos a disminuir las consecuencias y riesgos asociados al abuso de drogas, como la heroína, influyendo en cambio de conductas de los usuarios<sup>25</sup>. El modelo desarrolla y ejecuta acciones para la modificación de comportamientos, con el objetivo de disminuir y/o eliminar los riesgos de adquisición de VIH, VCH, sobredosis, abscesos, y otros problemas asociados al consumo de DI. La intervención en RD incluye abordaje psicosocial de la situación de las personas inyectoras<sup>25</sup>.

Especialistas en México refieren que es necesaria la instrumentación de un programa de RD, y se requiere conocer la magnitud de la problemática del consumo de drogas, de las necesidades de prevención, las acciones realizadas y las que están en marcha<sup>9</sup>.

Las actividades que componen este modelo son:

- Reducir el número de personas que se inician en el consumo.
- Proveer cuidados a la salud y tratamiento de la dependencia.
- Facilitar formas de consumo más seguras.
- Accesibilidad a servicios de tratamiento y rehabilitación de la dependencia a las drogas.
- Educación sobre el VIH/SIDA.
- Acceso a jeringas/aguja estériles y condones.
- Prevención de sobredosis.
- Asesoría y acceso a pruebas voluntarias del VIH, hepatitis C y tuberculosis.
- Prevención y atención a diversos aspectos de la salud, incluidas otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Servicios de: asesoramiento jurídico, apoyo social y derechos humanos.
- Reducción del estigma y la discriminación por trabajadores públicos.

Aunque los programas de RD han demostrado efectividad para la disminución de importantes problemas de salud en la población de usuarios de drogas, en la actualidad,

gobiernos, instituciones y profesionales, consideran impropia esta metodología, bajo la creencia de que el intercambio de jeringas significa promover el consumo de DI, objetivo contrario a las típicas y poco realistas metas de erradicar el consumo de drogas. Ciertamente el enfoque de RD no nació como una respuesta a la erradicación del consumo de sustancias, ni requiere que las personas susceptibles de atención se adhieran obligatoria o condicionadamente a tratamientos de abstinencia y desintoxicación. La polémica social que genera la filosofía de la RD, polariza en posturas a favor y en contra de ésta. Dicha discusión tiene su origen en la moralidad de la práctica misma del consumo de drogas, y si ésta debe ser tolerada o no<sup>26</sup>.

Lo anterior parte, sobre todo, de una complejidad ideológica predominante en las instituciones del aparato estatal. La perspectiva limitada impera y, sobre todo, el poco conocimiento de los resultados demostrados por los programas de RD, evita que se pongan en operación actividades y personal profesionalizado en prevención. La atención a PUDI es una urgente necesidad para la población mundial. Destinar recursos sociales y económicos para la difusión de materiales de prevención y el intercambio de agujas son recursos potencialmente fundamentales para garantizar la cobertura y continuidad de las intervenciones y disminución del problema<sup>8</sup>.

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGÍA**

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de estudio

Se aplicó un estudio descriptivo, transversal y de correlación, abocado en medir las prácticas de autocuidado de la salud que las PUDI de Mexicali, B.C. realizan, frente a los riesgos de salud que asumen ante el consumo compulsivo de heroína y la correlación entre conocimientos con las prácticas de autocuidado.

Para el presente estudio, resultó sumamente adecuado abordar la situación de los UDI de la zona centro de Mexicali, B.C., donde las variables no han sido estudiadas de manera reciente. Dadas las características y condiciones de las personas usuarias de drogas inyectables, la cual es una población oculta y de difícil acceso, se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia para estudio de los comportamientos de salud.

#### 3.2. Criterios de selección

**3.2.1. Criterios de inclusión:** Personas usuarias de drogas inyectables que residen, pernoctan o habitúan la zona centro de Mexicali, que se encuentran en situación de vulnerabilidad, de sexo y género indistintos que se presenten a brigadas de intercambio de jeringas para la reducción de daños.

**3.2.2. Criterios de exclusión:** Personas usuarias de drogas no inyectables, ex-usuarios de drogas inyectables (personas que anteriormente usaron drogas inyectables y que actualmente se mantienen inactivos en el consumo). Asimismo, se excluyeron usuarios de drogas inyectables con comportamiento errático sugerente de trastorno mental o psiquiátrico, a quienes se les dificultó coherencia en las respuestas del instrumento, mostraron impaciencia o falta de atención y concentración en respuestas.

**3.2.3. Criterios de eliminación:** Personas Usuarias de Drogas Inyectables que no completan el instrumento de recolección de datos. Asimismo, se excluyeron Usuarios de Drogas Inyectables que respondan completo el instrumento, aunque con actitud reactiva o renuente, y usuarios que se presenten bajo el efecto psicoactivo de sustancias, y personas que se encuentren en severo síndrome de abstinencia que propicien respuestas incoherentes en el instrumento.

### **3.3. Universo de estudio**

Personas usuarias de drogas inyectables que residen, pernoctan o habitan la zona centro de Mexicali, B.C., que se encontraron en situación de vulnerabilidad determinado en respuesta al cuestionario que explora el lugar de residencia de los usuarios de drogas.

#### **3.3.1. Unidad de análisis**

Personas Usuarias de Drogas Inyectables, en espacios públicos de la zona centro de la ciudad no revelada por resguardo y protección de la población meta.

#### **3.3.2. Marco muestral**

Dadas las características de la población meta del presente estudio, no se contó con fuentes de información, bases de datos, ni registros que refieran a la población UDI. Por ello se optó por la zona centro de Mexicali. Dicho espacio público es conocido por la alta afluencia de PUDI.

### **3.4. Tamaño de la muestra**

No existió estimación estadística que precise la cantidad de Personas Usuarias de Drogas Inyectables en Mexicali, Baja California. Esto se debió a las características de las PUDI, que dificultaron el abordaje investigativo. Las PUDI en situación de vulnerabilidad presentan las siguientes condiciones: población con alto nivel de marginalidad, sujetos de estigma y discriminación, sujetos volátiles difíciles de captar, dinámicas de vida cotidiana en constante desplazamiento, relación con sustancias ilegales, baja adhesión a instituciones y servicios públicos, indisponibilidad para un marco de muestreo y ceguera estadística.

Al no contar con una estimación sobre el tamaño de la muestra, es decir, de la cantidad de personas usuarias de drogas inyectables en situación de vulnerabilidad de la zona centro de Mexicali, se decidió optar por un número de muestra por conveniencia, ya que dentro de los límites del presente estudio no se cuentan con los recursos necesarios para métodos aleatorizados y estadísticamente representativos en poblaciones sin "N". En función de lo anteriormente dicho, se optó por captar entrevistas de noviembre del 2016 a abril del 2017, obteniendo finalmente 74 aplicaciones de instrumentos.

### **3.5. Tipo y técnicas de muestreo**

Muestreo no aleatorizado por conveniencia. Se buscaron sitios de encuentro con las PUDI de Mexicali, para lo que se acudió al espacio de mayor afluencia referido por miembros de la población meta, en la zona centro de la ciudad.

El muestreo se dividió en:

1. **Fase de exploración:** se buscaron puntos de encuentro con afluencia de PUDI, referidos por los usuarios, los cuales fueron explorados y observados del punto potencial, en diferentes días y horarios con el objetivo de observar el tránsito y concentración de PUDI.
2. **Fase de expansión:** posterior a la exploración, se establecieron puntos de encuentro en una brigada de intercambio de jeringas bajo la metodología de la reducción de daños, creando así, habitualidad de un día a la semana en ciertos horarios de afluencia.

### **3.6. Procedimiento de recolección de datos**

1. Se estableció como único punto de encuentro la Plaza del Mariachi de Santa Cecilia, coloquialmente llamado el parque del mariachi ubicado en la zona centro de la ciudad, en horarios donde se observó mayor afluencia de personas usuarias de drogas inyectables.
2. Una vez establecidos los horarios de mayor presencia de PUDI en el punto de encuentro, se establecieron brigadas de reducción de daños donde se brindaron servicios básicos adecuados a su situación: intercambio de jeringas, abordajes bajo la metodología de educación para la salud y mercadeo social. Esto generó la afluencia para invitar a conveniencia a los individuos a responder al instrumento.
3. La muestra se logró, invitando a las PUDI que asistieron a la brigada de reducción de daños todos los sábados, iniciando el 13 de noviembre de 2016 al 14 de mayo de 2017.
4. Se realizó de manera sucesiva hasta llegar a 74 instrumentos aplicados y completos.

### **3.7. Instrumentos para recolección de datos**

Se diseñó y validó por experto, el instrumento evaluativo de prácticas de niveles de conocimientos y autocuidado de las PUDI: el 25 de octubre de 2016 se solicitó el apoyo para asesoría y validación de instrumento a Angélica María Ospina Escobar, Doctora en

Estudios de Población y maestra en Demografía por el COLMEX, y Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia con experiencia de investigación con PUDI y poblaciones ocultas y de difícil acceso frente al VIH. Dicho apoyo fue efectivo el 30 de noviembre de 2016: El instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables, es un instrumento con ochenta reactivos que se dividen en las áreas de: datos sociodemográficos, conocimientos en salud; mide niveles de conocimientos en sobredosis, abscesos e infecciones cutáneas por inadecuada técnica de inyección, y conocimientos en virus como el VIH y VHC. Asimismo mide los niveles de autocuidado en prácticas establecidas por organizaciones como la Coalición Internacional de Reducción de Daños, al respecto de; prácticas de autocuidado para evitar la sobredosis, los abscesos cutáneos y la adquisición de virus e infecciones protozoarias. Estas áreas se abocaron en indagar aspectos relacionados con el consumo de DI. Los instrumentos mencionados pueden consultarse en los anexos del presente documento.

### **3.8. Diseño estadístico**

Se aplicaron pruebas estadísticas y correlaciones de los niveles de conocimientos (variable independiente) y las prácticas de autocuidado (variable dependiente) mediante Tau-B de Kendall, la cual se consideró estadísticamente significativa, con un valor  $p < 0.05$  ( $p = 0.023$ ). La información cuantitativa se procesó mediante paquetería SPSS versión 22 para Windows 10.

### **3.9. Consideraciones Éticas**

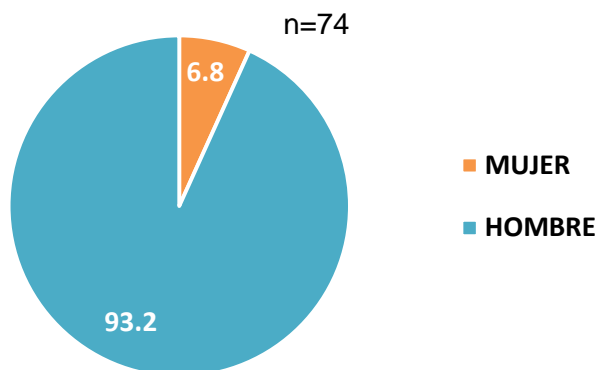
La investigación se realizó sobre sujetos humanos, por lo tanto, se aplicó bajo los principios éticos de Belmont y de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud<sup>30</sup>. De acuerdo al Artículo 17, se consideró que la presente investigación no representaba riesgos para las personas usuarias de drogas inyectables que participen, ya que no se les realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales, sólo se aplicaran cuestionarios, entrevistas semi-estructuradas y observaciones<sup>27</sup>. La privacidad de los participantes en la investigación fue protegida, de acuerdo al Art. 16; así mismo, como se estableció de acuerdo al Artículo 15, se respetó su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Además, se cumplió con aquellos requisitos del Art. 4 que correspondan a la investigación, presentando a cada entrevistado, argumentos para su consentimiento del cuestionario, seguido de explicación de los motivos de la investigación, sus objetivos y el nulo riesgo que corrió cada persona que participó en el estudio<sup>28</sup>.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

#### 4.1. Resultados sociodemográficos

El total de la población de estudio fue de 74 personas usuarias de drogas inyectables, de las cuales en su mayoría fueron hombres, en edades de los 18 a los 68 años de edad con una media de edad de 42.26 y una moda de 40. Al respecto del sexo, sólo un 7% de mujeres, según se muestra en la gráfica 1.

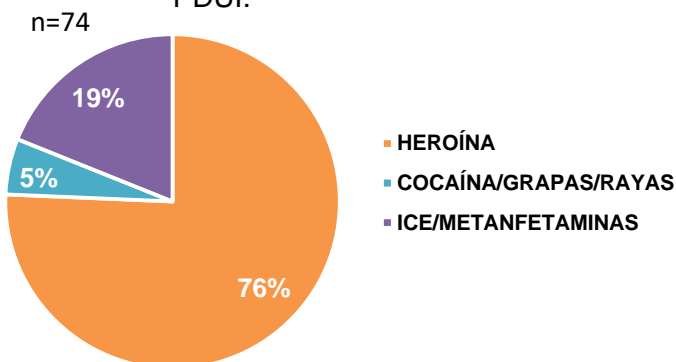
Gráfica 1. Distribución por género de las PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

El cien por ciento de las PUDI entrevistadas, aseguraron inyectarse drogas actualmente. De acuerdo con la Gráfica 2, la droga más común entre los usuarios es la heroína, sin embargo se observó que los usuarios suelen combinar heroína con metanfetamina también conocida como “ice”, y en menor grado heroína con cocaína. Otro de los datos sociodemográficos fue el estado civil de los usuarios consultados.

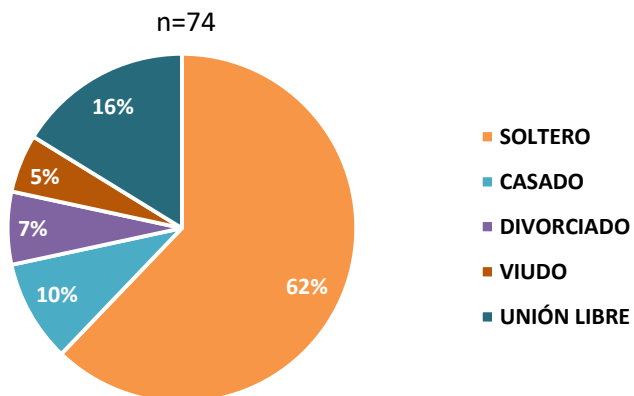
Gráfica 2. Distribución de sustancias más frecuentes de las PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Se observó que 62% reportó ser soltero (Gráfica 3), y en menores frecuencias se observaron la unión libre y otras situaciones civiles. Para conocer a detalle las características socioeconómicas de las PUDI, se preguntó a que se dedicaban, lo cual evidenció tanto su cantidad de ingresos así como las actividades que desarrollan para obtenerlo.

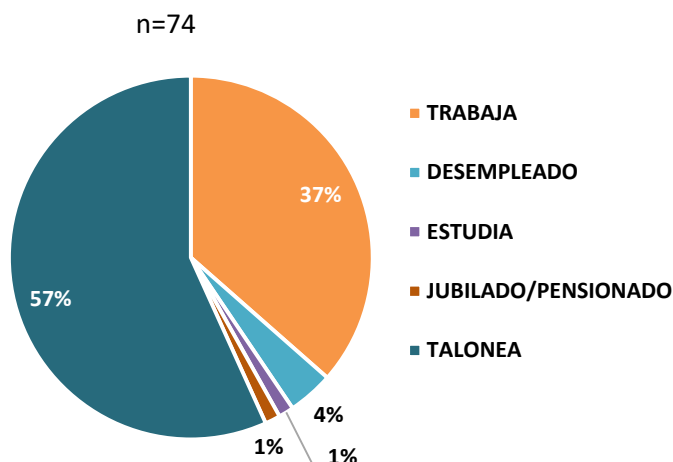
Gráfica 3. Estado civil de las PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

De acuerdo con la Gráfica 4, 57% comentó que “talonea”. Dicho término significa entre las personas estudiadas, como una actividad económica informal que desarrolla una gran gama de actividades: pedir dinero, limpiar o barrer banquetas de negocios o casas, limpiar vidrios, lavar automóviles, entre muchas otras.

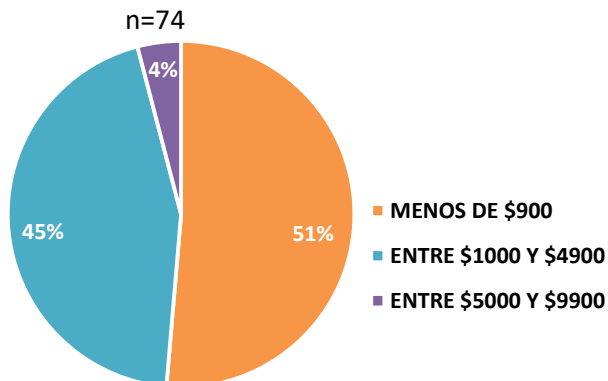
Gráfica 4. Ocupación de las PDUI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Además un 37% comentó que tiene un trabajo formal. Asimismo la mayoría reporta que semanalmente, y de manera variable, tienen un ingreso menor a \$900.00 (51%), y aproximadamente entre \$5,000 y \$4,900 (45%), tal cual se expresa en la Gráfica 5.

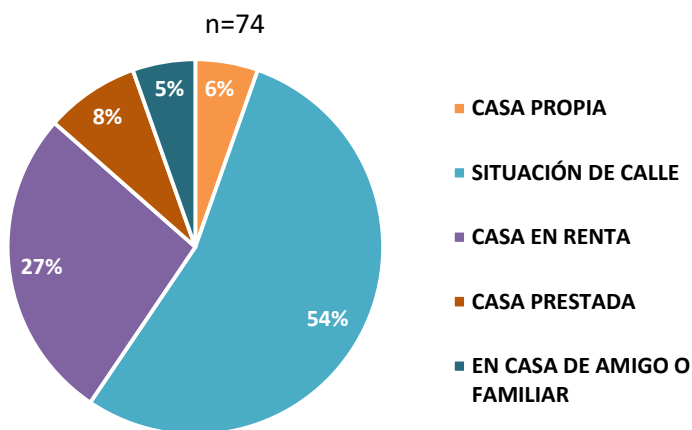
Gráfica 5. Ingreso semanal de las PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

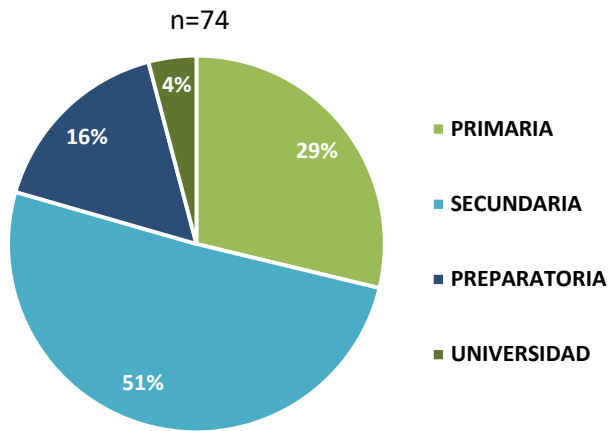
Para confirmar las características asociadas a la vulnerabilidad, también se preguntó a las PUDI sobre el lugar donde viven, para lo cual, 54% se encuentra en situación de calle, pernoctando en sitios abandonados o en espacios públicos. Seguidamente en nivel de frecuencia, 27% dijeron que rentan un espacio, como se muestra en la Gráfica 6.

Gráfica 6. Residencia de las PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Gráfico 7. Escolaridad de lad PUDI.

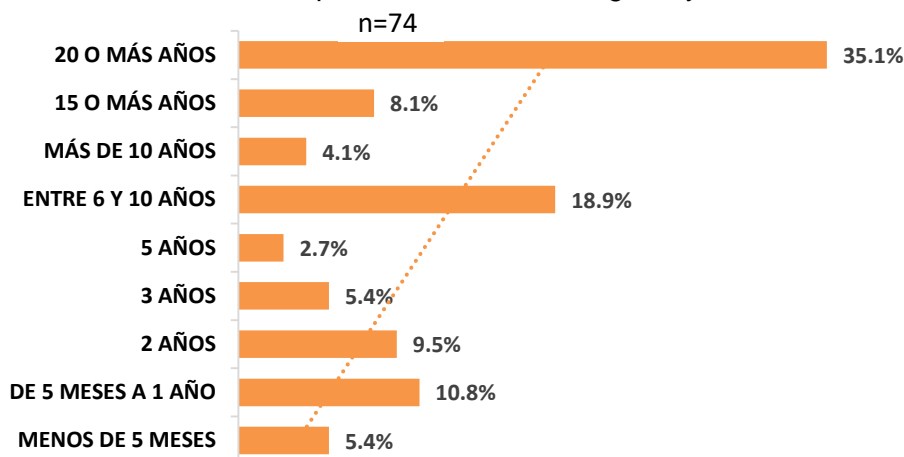


Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Los datos sociodemográficos denotaron las características de vulnerabilidad de las PUDI. A continuación se muestran datos relacionados con la trayectoria de consumo de sustancias, en función de la literatura antes citada, están conformadas por; tiempo de consumo de drogas, policonsumo de sustancias, internamientos en centros para la abstinencia, desintoxicación y rehabilitación y tratamiento de metadona.

Asimismo se midió la trayectoria de riesgos conformada por; uso compartido de jeringas y parafernalia de inyección, riesgos sexuales y antecedentes delictivos: lo que sirvió para filtrar y verificar que cada encuestado efectivamente era consumidor de drogas inyectables se preguntó a las PUDI sobre el tiempo de consumo como se muestra en la Gráfica 8. A este respecto, se observó que un predominante 35% tienen una larga trayectoria, con más de 20 años de inyectarse sustancias. Seguidamente un 18% tiene alrededor de 10 años de consumir.

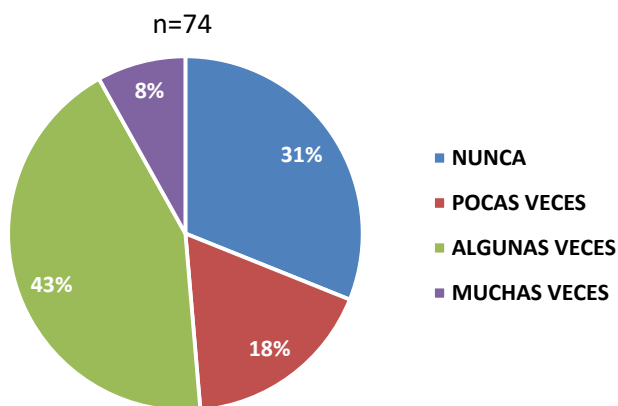
Gráfico 8. Tiempo de consumo de drogas inyectables.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas

En continuidad a la descripción de las trayectorias de consumo, también se preguntó la estimación de ocasiones en las que han decidido asumir la abstinencia y rehabilitación del consumo. La Gráfica 9, muestra que un 43% ha abandonado el consumo compulsivo pocas veces, lo que contrasta contra 32% que indican que han mantenido un consumo ininterrumpido desde el primer contacto con dicha práctica.

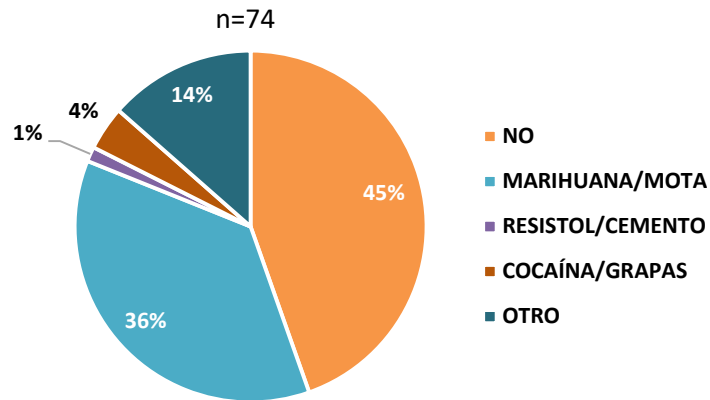
Gráfica 9. Proporción de veces que las PUDI dejaron el consumo.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

En relación con la anterior gráfica y las trayectorias, se indagó sobre el policonsumo, es decir, el consumo de dos o más sustancias durante un mismo periodo de tiempo. Tal como lo muestra la gráfica 10, 45% de las PUDI indicó que no consume otra sustancia no inyectable, lo que contrasta con el resto que si consume otras drogas: marihuana (36%), y otras como fármacos de prescripción médica (14%).

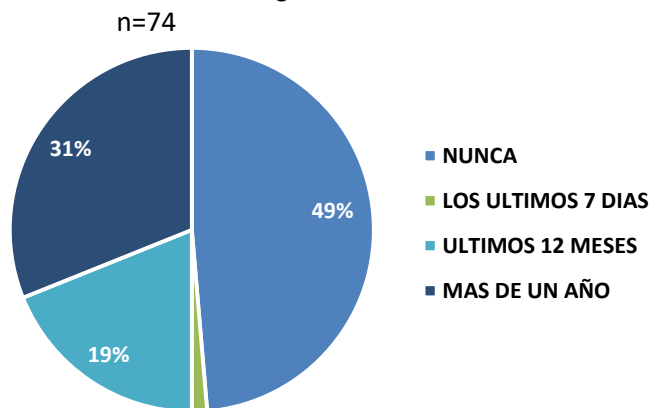
Gráfica 10. Uso de otras drogas adicionales no inyectables.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

De conformidad con lo anterior, se cuestionó sobre el tiempo que ha pasado desde su último internamiento para la desintoxicación, reportando el 49% nunca ha ingresado para tal fin. Cabe resaltar que otro 31% comentaron que hace más de un año que salieron de su último internamiento para una vez fuera reanudar el consumo (consultar Gráfica 11).

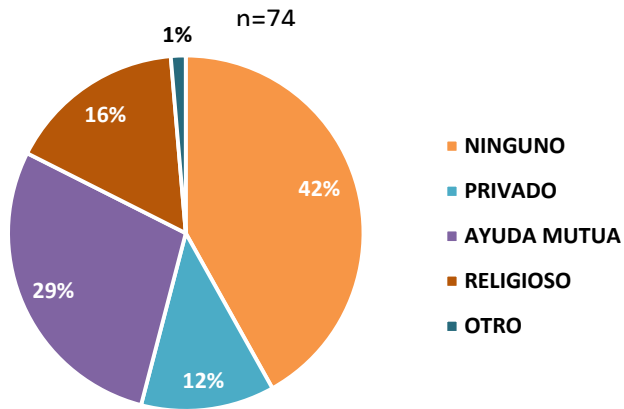
Gráfica 11. Última vez que estuvo en rehabilitación por uso de drogas.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

El tipo de centro de rehabilitación con mayor preferencia para ingresar. Se proyectó que 42% no prefirió ninguno de los tipos de centro de rehabilitación disponibles. Sin embargo se observó que 29% ha preferido los centros de ayuda mutua, seguido de un 16% que ha preferido centros de tipo religioso (Gráfica 12).

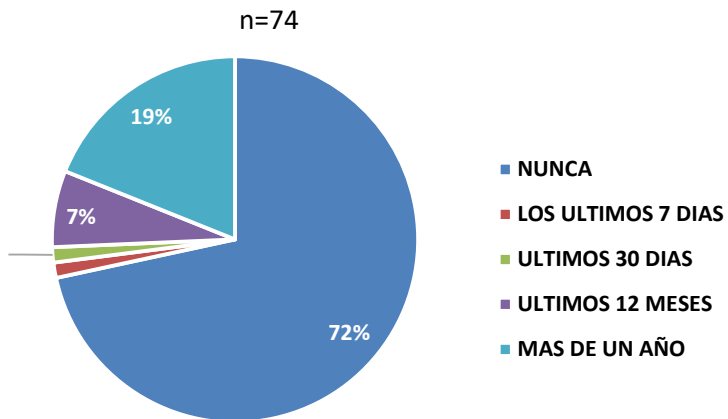
Gráfica 12. Tipo de centro de rehabilitación que estuvieron las PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Como dato final relacionado con las trayectorias de consumo de las PUDI, se consultó si en alguna ocasión optaron por la rehabilitación mediante tratamiento de metadona, a lo cual un significativo 72% dijo que no. Sólo resalta un acumulado de 28% que utilizaron esta alternativa entre un año y los últimos 7 días.

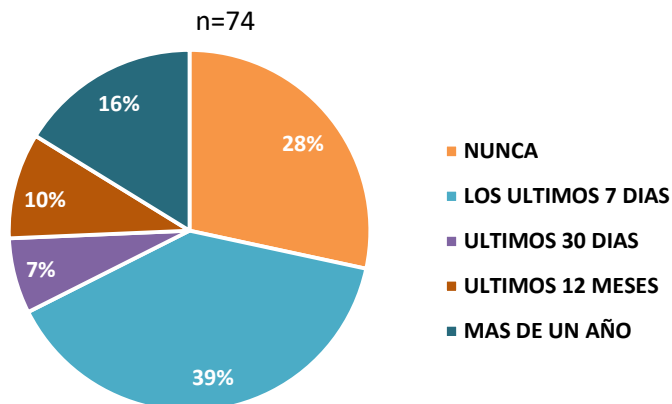
Gráfica 13. Proporción de uso de Metadona para rehabilitación de las PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Con el objetivo de estimar la exposición de las PUDI a los riesgos circundantes al consumo de DI, se les pidió que indicaran cuando fue la última vez que se inyectaron con jeringas usadas por otros compañeros; 39% reveló que usó una jeringa de otro compañero dentro de los últimos siete días, mientras que 28% de las PUDI comentaron que nunca han usado jeringas de otro par (Gráfica 14).

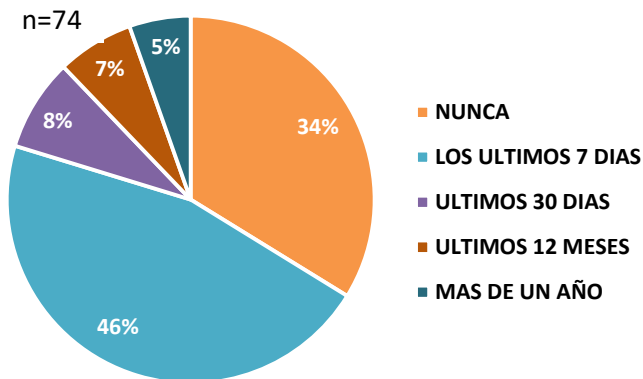
Gráfica 14. Última vez que se inyectó con jeringa usada por otras PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

También se preguntó a cada consumidor sobre la última vez que usó de manera compartida otros materiales de inyección diferentes a la jeringa, por ejemplo los recipientes para calentar y diluir la sustancia, recipientes para levantar agua y algodones que funcionan como filtro de grumos durante la succión de la jeringa (Gráfica 15).

Gráfica 15. Última vez que usó materiales de inyección usados por otras PUDI.

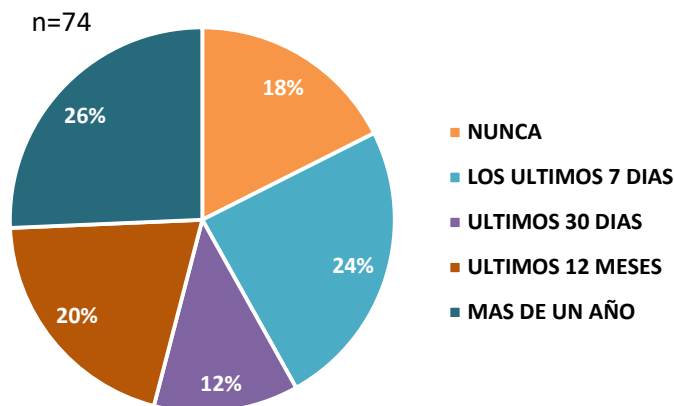


Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Otro dato indicó que 16% asumió el riesgo de usar otros instrumentos de inyección diferentes a la jeringa desde hace más de un año. Sumamente similar en lo que se presentó en la Gráfica 15, donde se les preguntó a los usuarios sobre la última vez que compartieron otros materiales para inyectarse; se reveló que 46% ha usado recipientes y filtros de otros compañeros dentro de los últimos siete días. Seguidamente un 34% informó que nunca ha usado parafernalia de otros.

También se exploró el riesgo sexual, que aunque en sí misma no es una práctica de consumo de sustancias, dichos riesgos se deben incluir debido a que las PUDI, son consideradas por organismos sanitarios nacionales y mundiales, como grupo clave frente al riesgo sexual. De tal suerte se cuestionó a las PUDI sobre sus prácticas sexuales, esencialmente sobre la última vez que tuvieron práctica sexual sin condón, conocimiento de su estado de salud respecto al VIH, y número de parejas sexuales. Al respecto la Gráfica 16 mostró que 26%, aseguró que la última vez que se puso en riesgo fue hace más de un año y 24% refirió haber asumido dicho riesgo dentro de los últimos siete días. El resto de proporciones no destacan en significancia, aunque se observa proximidad temporal menores a un año en la adquisición de riesgo sexual.

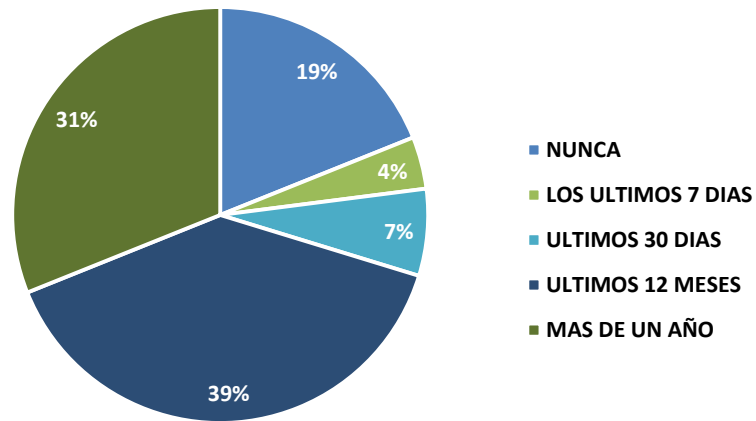
Gráfica 16. Última vez que las PUDI tuvieron sexo sin condón.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Adicionalmente la mayoría de las PUDI aseguraron haberse realizado una prueba de VIH y conocer su estado de salud: un porcentaje acumulado de 81% se realizó una prueba, que van en rangos de tiempo que abarcan de la última semana a un año (Gráfica 17).

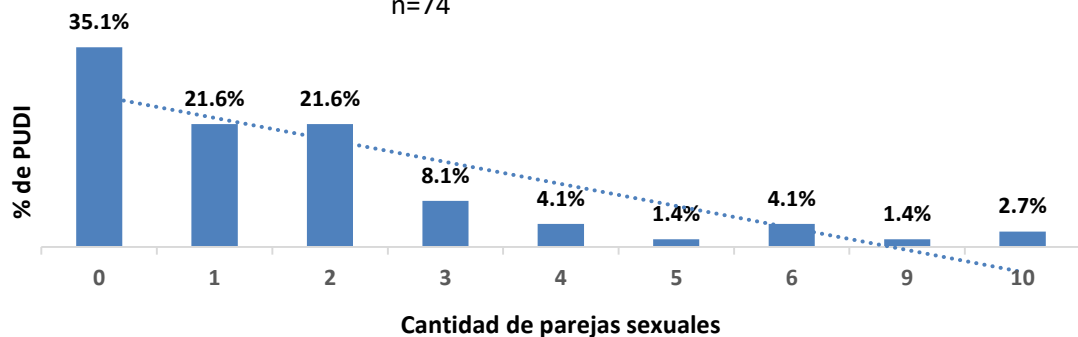
Gráfica 17. Última vez que las PUDI realizaron una prueba de VIH.  
n=74



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Como dato asociado y adicional, se preguntó a las PUDI la cantidad de parejas sexuales dentro de los últimos 6 meses. El dato se proyecta en la Gráfica 18, la cual muestra que (35%) no ha tenido encuentros sexuales y el 21% tuvo 1 y 2 parejas sexuales respectivamente.

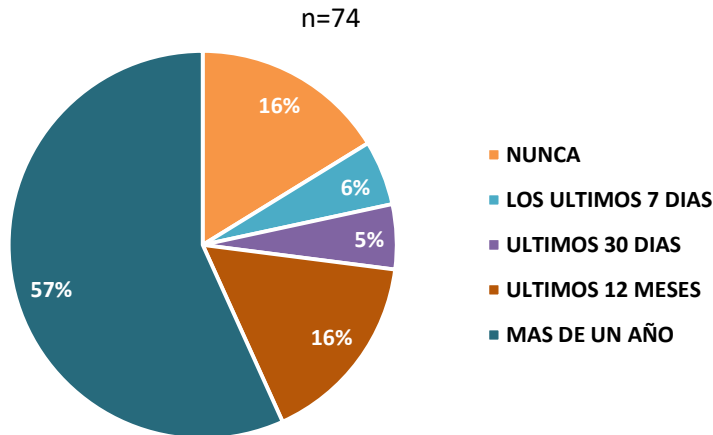
Gráfica 18. Número de parejas sexuales de las PUDI en los últimos 6 meses.  
n=74



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Como dato relacionado con la trayectoria de riesgos entre el consumo de sustancias y los antecedentes delictivos; ya que ser consumidor de drogas y contar con antecedentes penales es una atenuante ante la reinserción laboral y social. Ante esto se develó que sólo 16% de las PUDI evaluadas no ha tenido antecedentes penales. El resto asevera que ha egresado de cárceles en diferentes periodos de tiempo, habiendo obtenido su libertad de los últimos 7 días a haber salido hace más de un año (revisar Gráfica 19).

Gráfica 19. Proporción de antecedentes penitenciarios de las PUDI.



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

#### 4.2. Resultados de niveles de conocimientos y prácticas autocuidado

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos en base a los objetivos específicos planteados para medir los niveles de conocimiento de autocuidado y prácticas de autocuidado de las PUDI (ver Tabla 2), respecto a los riesgos correlacionados en torno a: adquisición de VIH y VHC, riesgo de sobredosis de drogas, y generación de abscesos cutáneos necróticos infecciosos, causados por inadecuada técnica de inyección de drogas.

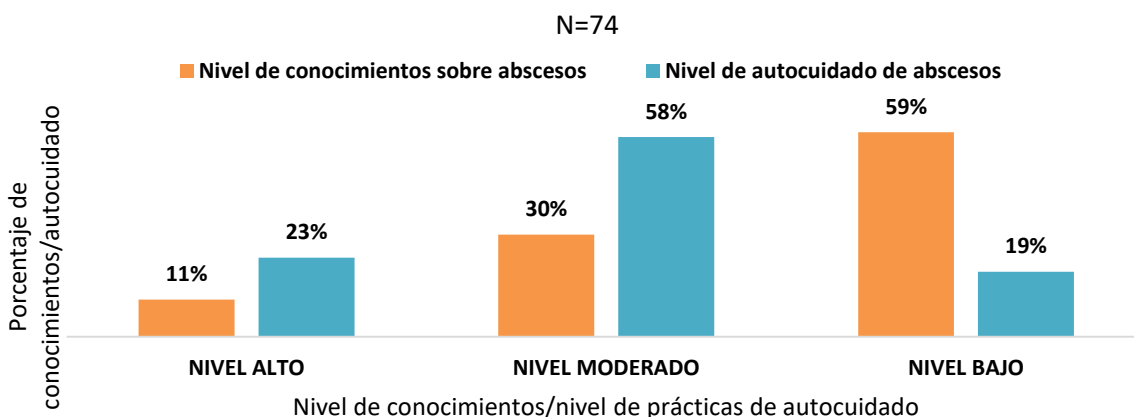
Dentro de este marco también se midieron los niveles de autocuidado que las PUDI ejecutan, motivadas por la reducción de daños y riesgos del consumo de sustancias. El presente análisis de frecuencias se ejecuta sobre el plano conductual, es decir los comportamientos y prácticas realizadas en la experiencia de las PUDI en lo cotidiano.

Tabla 2. Tabulación cruzada: Nivel de conocimientos y Nivel de autocuidado de las PUDI.  
N=74

		Prácticas de autocuidado			Total
		Nivel alto	Nivel moderado	Nivel bajo	
Nivel de conocimientos	Nivel alto	0	3	0	3
	Nivel moderado	2	52	6	60
	Nivel bajo	0	7	4	11
Total		2	62	10	74

Como variable independiente del presente estudio, se tomó el nivel de conocimientos que las PUDI poseen y motivan conductas preventivas que podrán mitigar los riesgos y daños del consumo de drogas inyectables. Por ello, se midieron; abscesos cutáneos propiciados por inadecuada técnica de inyección o deplorables niveles de asepsia. A este respecto, se observó en la Gráfica 20, un 59% de PUDI que muestran nivel bajo de conocimientos. Sin embargo en menor frecuencia se observan PUDI con medios y altos niveles de conocimientos (30% y 11% respectivamente). La misma gráfica expresó que las PUDI mantuvieron prácticas de mitigación de abscesos e infecciones en la piel. Claramente se observa un número de sujetos que tienen niveles moderados. Esto se ve reforzado por el 23% que expresó niveles elevados de autocuidado.

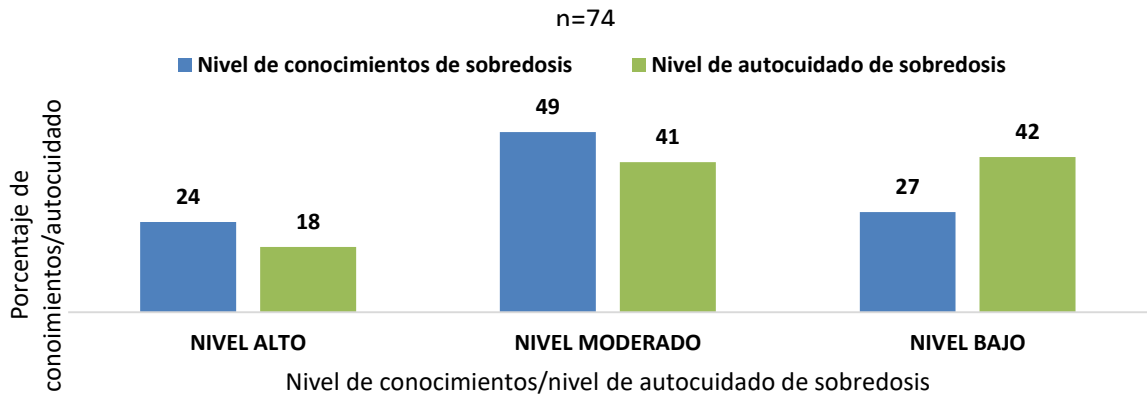
Gráfica 20. Nivel de conocimiento de autocuidado de abscesos/nivel de prácticas de autocuidado de abscesos de las PUDI



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Otro ámbito de estudio de la presente investigación fue medir y correlacionar el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas de autocuidado en torno a la prevención de sobredosis de drogas inyectables. La Gráfica 21 muestra que 49% de PUDI, mantuvieron un nivel moderado de conocimientos acerca de los riesgos de la sobredosis. Asimismo otro 24% proyectó conocimientos altos en esta cuestión. Sólo el restante 27% mostró conocimientos mínimos. En el plano de las prácticas de autocuidado, las PUDI proyectaron proporciones con bajos niveles (42%), Por su parte los niveles moderados y altos fueron de 40% y 18% respectivamente (Gráfica 21).

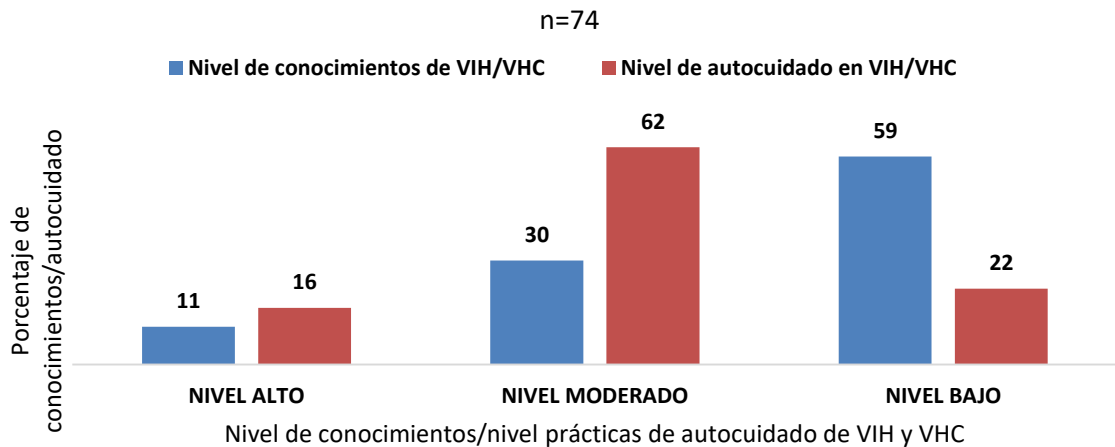
Gráfica 21. Nivel de conocimiento/nivel de prácticas de autocuidado de sobredosis de drogas de las PUDI



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Al comparar el nivel de conocimientos con el nivel de prácticas de autocuidado del VIH; Los resultados plasmados en la Gráfica 22, revelan el nivel de conocimientos que las PUDI expresan en torno a la prevención de virus como el VIH y el VHC, se encontró que un 59% tiene bajos niveles de conocimiento. Aunque contrasta con un 30% que se ubican en nivel moderado. Sólo un 11% demostró altos conocimientos. Cabe comparar lo anterior con el desempeño de las PUDI frente al nivel de afrontamiento y autocuidado de los riesgos de adquisición de virus como el VIH y el VHC. La Gráfica 22 ilustra el predominio de PUDI con nivel moderado de autocuidados para evitar los virus mencionados con 62%. Aunque sólo 16% obtuvo un puntaje elevado de autocuidados, sólo 22% resultó con bajos desempeños de prevención.

Gráfica 22. Nivel de conocimiento/nivel de prácticas de autocuidado de VIH y VHC de las PUDI



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

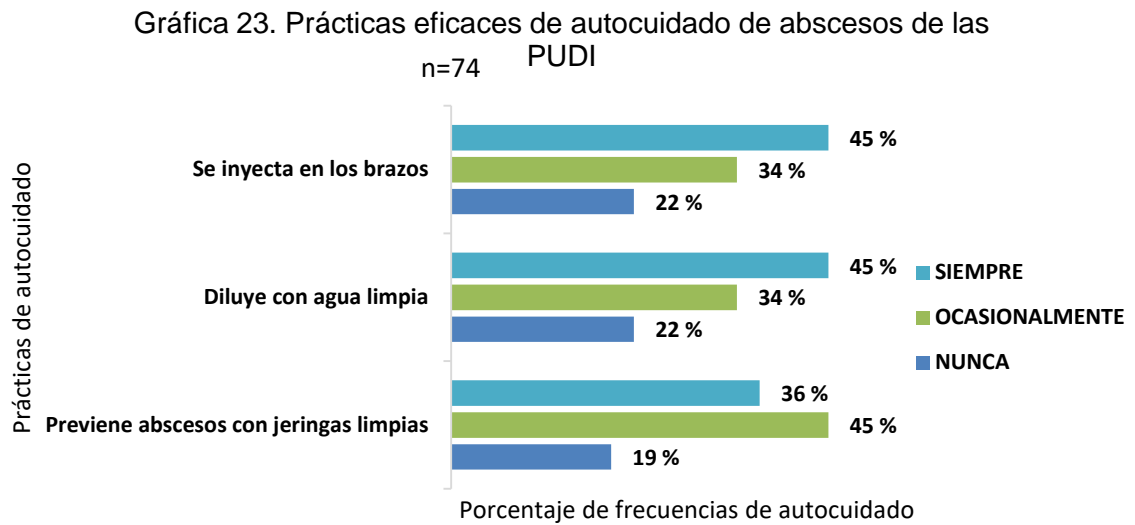
### 4.3. Prácticas de autocuidado: eficaces e ineficaces

Otro de los objetivos en esta investigación, fue la de categorizar las principales prácticas de autocuidado. Dicha categorización se realizó en función de la eficacia o ineficacia de las actividades relacionadas con la inyección de sustancias, sus riesgos y daños. Como se mencionó en los objetivos y justificación, categorizar dichas prácticas de autocuidado de las PUDI entre eficaces e ineficaces, permitió comprender dos aspectos conductuales: a) reconocer la motivación y disposición de las PUDI hacia el autocuidado, y b) discutir bajo el sustento científico y sanitario vigente, la pertinencia de las prácticas de autocuidado.

Se catalogaron de eficaces, todas las prácticas y actividades reportadas por las PUDI, que mostraron elevadas frecuencias, es decir que sean ampliamente aceptadas y ejecutadas por las PUDI con la intención de propiciar autocuidado, y que además mantengan con un sustento científico. De manera semejante se categorizaron de ineficaces, todas aquellas actividades ampliamente aceptadas por las PUDI, ejecutadas con la intención de generar autocuidado, que no mantuvieron un sustento científico. Dicho lo anterior, se inicia la descripción de resultados de las prácticas relacionadas con la prevención de abscesos cutáneos, por inadecuada técnica de inyección, y/o por deplorables niveles de asepsia al momento de inyectarse sustancias.

En la Gráfica 23, se muestran datos que sugirieron importantes niveles de eficacia; se observa que 45% de las PUDI, suelen inyectarse preferentemente en los brazos, sitios más recomendados para evitar la generación de abscesos, y alejar las potenciales infecciones de áreas más delicadas como el cuello o la ingle. Le sigue un 34% que lo hace ocasionalmente. También se preguntó la frecuencia con la que usaron agua limpia para la preparación de la sustancia; el 45% de las personas aseguran que siempre lo hacen, otro 34% lo hace de manera ocasional. Los resultados de la pregunta; *¿usas jeringas limpias para inyectarte?*, fueron de un 45% que lo hace efectivo de manera ocasional, seguido del 36% que refirió hacerlo siempre. En las tres cuestiones presentadas la menor proporción

de personas que dicen que nunca realizan prácticas de autocuidado fue siempre fue la menor (revisar Gráfica 23).

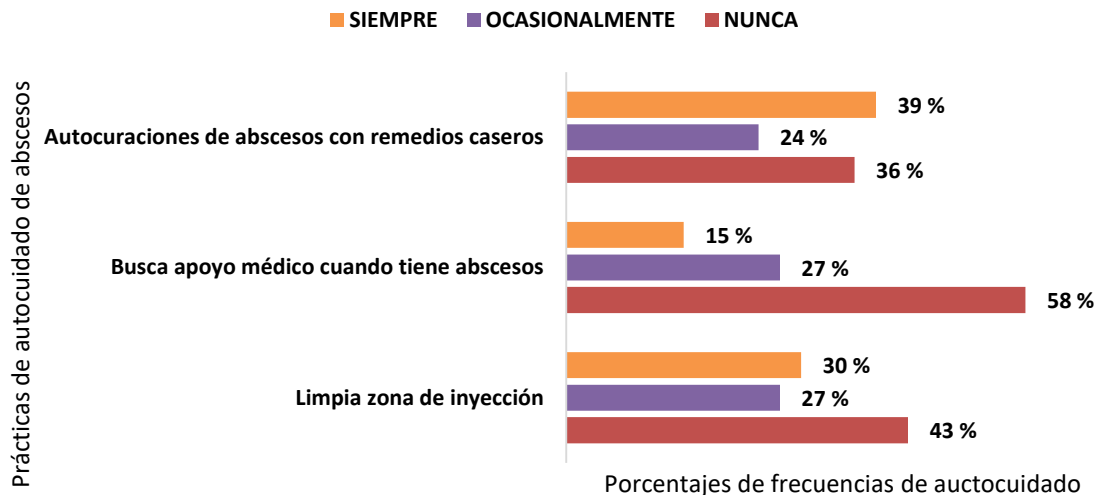


Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Se observaron varias cuestiones que llamaron la atención (Gráfica 24), debido a las ineficacias de autocuidado para la prevención y tratamiento de abscesos cutáneos causados por una inadecuada técnica de punción: 39% de las PUDI aseguraron que ante la generación de un absceso, optan por realizarse autocuraciones caseras (recurriendo al uso de hierba del manso y sábila colocadas sobre las heridas), antes que ir a consulta médica o tratamiento de la herida por un profesional de la salud. Con poca diferencia porcentual, se observa que el 36% dicen nunca realizarse autocuraciones, y el 24% que de manera ocasional recurre a dichas alternativas. En relación a la frecuencia con la que buscan el servicio médico ante una infección cutánea: 58% nunca busca el servicio médico, el 27% lo hace ocasionalmente. Sólo 15% en busca de curaciones por personal médico.

También se preguntó si al momento de inyectarse limpian la zona de la piel donde se hace la punción: 43% nunca mantienen niveles de asepsia cutánea, 27% lo hacen algunas veces.

Gráfica 24. Prácticas ineficaces de autocuidado de abscesos de las PUDI  
n=74



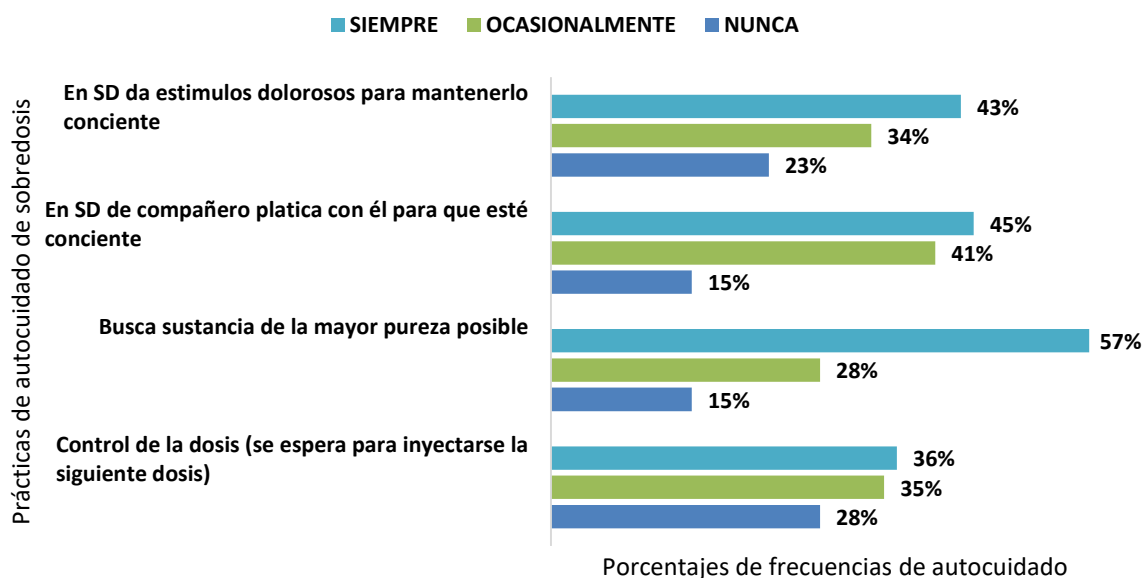
Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

Las conductas relacionadas con evitar o mitigar los efectos y consecuencias de sobredosis de drogas, también se catalogaron en función de la eficacia observada en los datos. La Gráfica 25 muestra actividades que denotan eficacia: Cuando se preguntó si aplicaban estímulos dolorosos a los compañeros inyectores, que en el momento tuvieron una sobredosis, a lo que respondieron afirmativamente. 43% aplicaron estímulos como bofetadas en el rostro y pellizcos en zonas de la piel con el objetivo de mantener consiente a su compañero en sobredosis. Y un 34% lo hicieron de manera ocasional. Otra actividad que busca evitar la sedación del compañero que tiene sobredosis es hablar con él, de tal suerte que mantener la conversación y la atención evita que entre en estado de inconciencia. Esto fue sustentado por 45% que siempre lo hace, seguido por el 42% que lo hace ocasionalmente.

Otro factor de gran relevancia para la cuestión de la sobredosis es el elemento de pureza de la sustancia, cualidad que evita la muerte por sobredosis; a mayor pureza, menor la posibilidad de generar sobredosis. Caso contrario, a mayor adulteración de la sustancia, más amplia es la posibilidad de morir por envenenamiento. Para lo cual 57% de los consumidores refirieron que siempre busca la sustancia con mayor pureza posible, en función de la oferta del mercado. Finalmente el último dato tratado en la Gráfica 25,

investigó el control que los usuarios tiene de su dosificación: 36% aseguró que al traer una dosis en la bolsa, prefiere esperar a que el cuerpo pida la siguiente dosis para inyectarla. Caso contrario el del 28% que comenta no resistir la tentación y ansiedad por inyectarse la sustancia, sin importar la inmediatez de haber ingresado la dosis anterior.

Gráfica 25. Practicas eficaces de autocuidado de sobredosis de las PUDI n=74

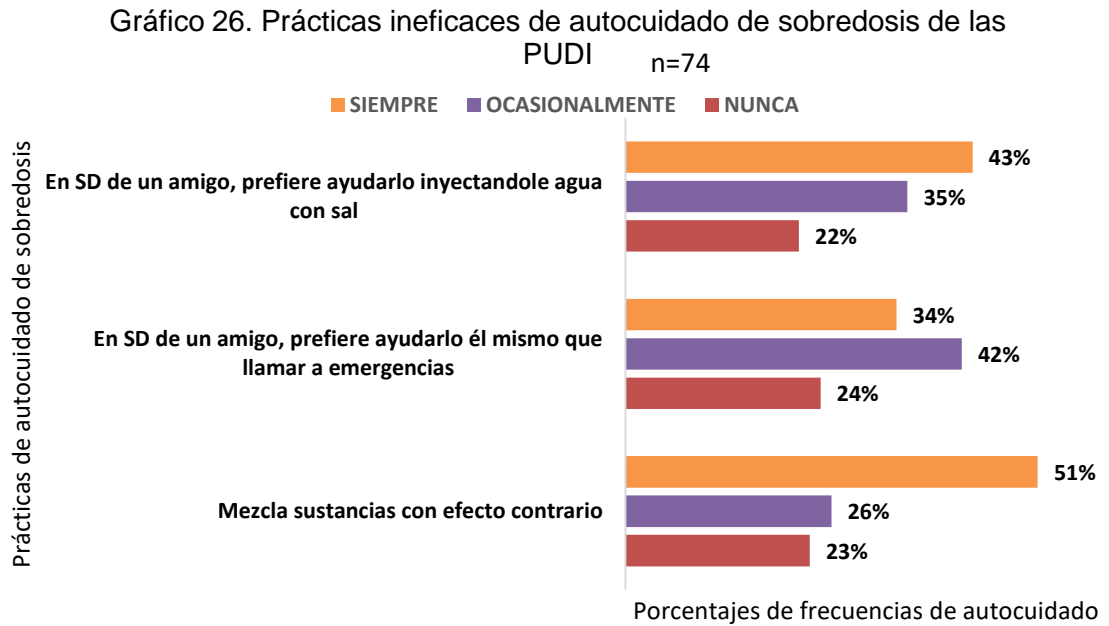


Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

En continuidad con la cuestión de la sobredosis, se observaron otras cifras que resaltan; la cuestión de ayudar a un amigo que se encuentra en sobredosis, inyectando agua con sal a sus pares, de tal suerte que se reanime evitando el estado de inconciencia y posiblemente la muerte. El 43% de las PUDI entrevistadas indicaron que realizan la práctica antes mencionada, siendo ampliamente promovido por los pares inyectores, y otro 35% comenta hacer esto en ocasiones (ver Gráfica 26). Asimismo se observa que los consumidores prefieren ayudar ellos mismos a sus compañeros en sobredosis, antes que llamar al teléfono de emergencias y solicitar una ambulancia; 34% indican que siempre ayudan ellos mismos a sus compañeros, y otro 42% lo realiza en ocasiones. Sólo 24% rechazaron la idea de ayudar ellos mismos a sus amigos inyectores.

Otro dato relevante dado su inherente nivel de riesgo es el que asevera que 51% de los encuestados comentaron inyectarse dos sustancias de efecto contrario (heroína y metanfetamina, mejor conocida como ice). Uno de los riesgos asociados a esta práctica, son lesiones isquémicas que en casos extremos provocan paro cardiaco con potencial de

muerte. Otro 26% refirió que mezcla sustancias con efecto contrario de vez en cuando. (Gráfica 26).

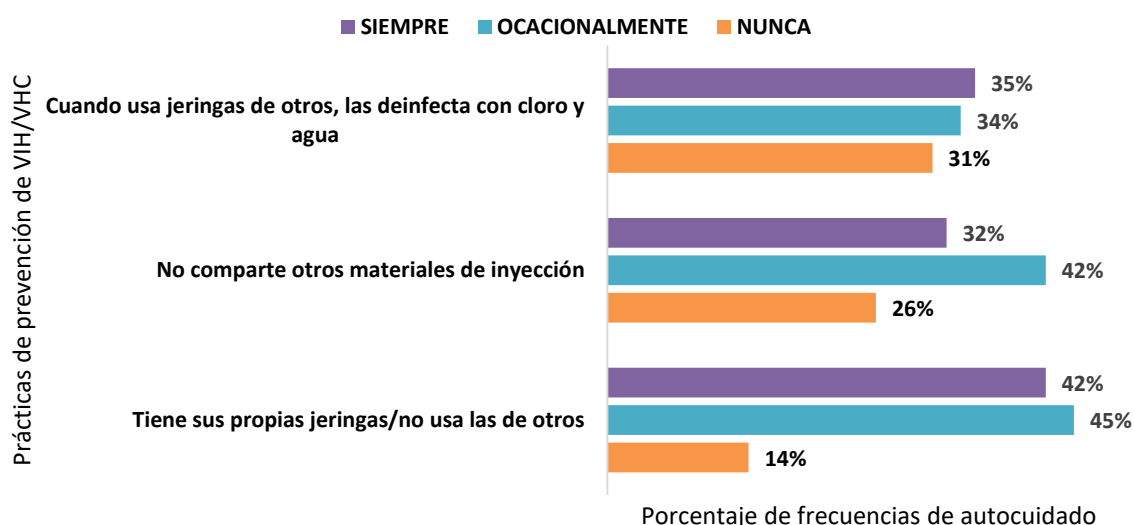


Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

La Gráfica 27, mostró que ante esto, las PUDI expresan realizar varios autocuidados en torno al uso compartido de jeringas y otros materiales de inyección: 35% (siempre) y 34% (ocasionalmente), indicaron que cuando por necesidad se ven obligados a emplear jeringas usadas por otros compañeros, las desinfectan con cloro y agua para eliminar la posibilidad de virus. Sin embargo 31% refirieron nunca haber limpiado las jeringas reutilizadas. Paralelamente el 42% mencionó que ocasionalmente no comparte sus materiales de inyección, seguido de 32% que mencionaron siempre cuenta con sus propios utensilios.

Finalmente, otro aspecto que revela eficacia dada la frecuencia, es que el 45% comentó que de manera ocasional trata de tener sus propias jeringas con el objetivo de evitar usar las de otros compañeros. 42% que indicó que siempre tiene sus propias jeringas y no usa las de otros. Sólo 14% dijo que nunca tiene jeringas propias.

Gráfica 27. Prácticas eficaces de autocuidado de riesgos virales de las PUDI n=74

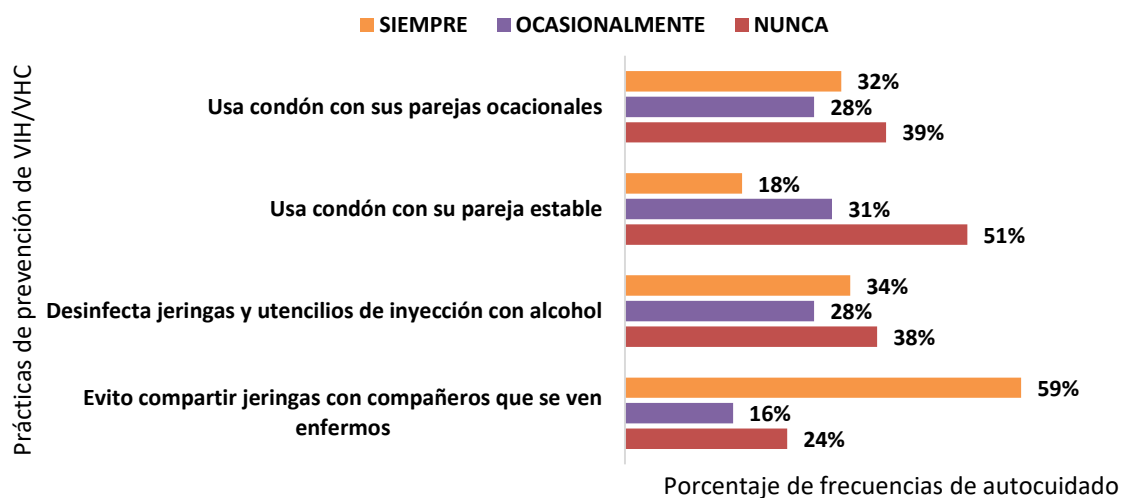


Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

En cuestión de las prácticas ineficaces de riesgos virales de las PUDI, se observaron frecuencias asociadas a conductas riesgosas, sobre todo en lo relacionado con la adquisición de VIH/SIDA por la vía sexual. Ante esto, 32% de los usuarios indican que siempre usan condón en las relaciones sexuales con sus parejas ocasionales: 28% lo hace ocasionalmente y 39% nunca. Situación contrastante al preguntar sobre el uso del preservativo con su pareja estable: 51% dijo que nunca lo usa con su pareja estable, sólo 18% indicó siempre usarlo y 31% ocasionalmente para reducir riesgos (Gráfica 28).

La Gráfica 28 mostró otra pregunta clave para entender los riesgos del uso compartido de parafernalia de inyección, fue buscar la diferencia entre los cuidados que dan hacia la jeringa, versus los cuidados que se dan hacia el resto de utensilios como cucharas donde se prepara la sustancia, filtros de algodón, y recipientes para agua. En este punto, es interesante ver el frecuente nivel de autocuidado hacia la jeringa lavándola con cloro y agua, contra la idea de desinfección del resto de materiales con alcohol: 34% mantiene la práctica mítica de desinfectar sus materiales diferentes a la jeringa con agua y alcohol, mientras que 28% lo hace algunas ocasiones. Resalta también que 38% nunca realizan la práctica mencionada. Como idea final, se observa un comportamiento preventivo mitificado: 59% indicó que evita compartir las jeringas de compañeros que mantienen una imagen deteriorada que sugiere enfermedad.

Gráfico 28. Prácticas ineficaces de autocuidado de riesgos virales de las PUDI n=74



Fuente: Instrumento de prácticas de autocuidado de personas usuarias de drogas inyectables de Mexicali.

#### 4.4. Prueba de hipótesis

En función de la correlación entre los niveles de conocimiento de las PUDI (variable independiente), y las prácticas de autocuidado que las mismas ejecutaron (variable dependiente), se aplicó la prueba estadística Tau-B de Kendall para variables ordinales 3x3, obteniendo un valor de  $p=0.023$ , siendo  $p < 0.05$ , con un coeficiente de correlación de 0.260, por lo que se estableció significancia estadística, asumiendo la hipótesis alterna y descartando la hipótesis nula (revisar Tabla 3). Adicionalmente se estableció la direccionalidad positiva; a mayor nivel de conocimientos en salud, mayor nivel de prácticas de autocuidado. Por lo tanto, las PUDI de la zona centro de Mexicali, B.C., mantuvieron prácticas de autocuidado motivadas por conocimientos que de manera efectiva reducen los riesgos en torno al consumo de DI.

Tabla 3. Correlación: Nivel de conocimientos de autocuidado \* Nivel de prácticas de autocuidado

			Nivel de conocimientos	Nivel de prácticas de autocuidado
Tau-B de Kendall	Nivel de conocimientos	Coefficiente de correlación	1.000	.260*
		Sig. (bilateral)		.023
		N	74	74
	Nivel de prácticas de autocuidado	Coefficiente de correlación	.260*	1.000
		Sig. (Bilateral)	.023	
		N	74	74

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

n=74

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Discusión de resultados**

El objetivo general de esta investigación develó que las personas usuarias de drogas inyectables de la zona centro de Mexicali, tuvieron la capacidad de ejercer autocuidados y asimilar nuevos conocimientos, y que tuvieron la habilidad de modificar sus comportamientos de riesgo, mitigando daños en tres riesgos confluentes, tal cual se describe en los hallazgos. Se puede interpretar en función de los resultados, que la capacidad de agencia de las PUDI, cuando menos en los riesgos circundantes al consumo de drogas inyectables, se obtiene mediante un sorteo de factores los cuales no se pueden controlar a totalidad.

En función del objetivo general, se midieron las prácticas de autocuidado en correlación del nivel de conocimientos preventivos de salud, de los riesgos y daños del consumo de drogas inyectables, en las PUDI de la zona centro de Mexicali, del 13 de noviembre de 2016 al 14 de mayo de 2017. Por lo tanto, se estableció con significancia estadística (como se observó en la prueba de hipótesis), lo que permitió afirmar que: las PUDI de la zona centro de Mexicali ejecutan prácticas de autocuidado, con niveles significativos, que les permitieron disminuir los riesgos asociados al consumo de DI en los ámbitos de: a) Adquisición del VIH y VHC, b) sobredosis de drogas y c) abscesos por inadecuada técnica de inyección de drogas. Cabe destacar, que en el ámbito del autocuidado, no se encontró producción científica de tipo cuantitativa al respecto, por ende se denota un vacío en el conocimiento desde dicha perspectiva. Esta característica temática, posiciona el presente estudio como uno de los primeros que estima los niveles de autocuidado de las personas que se inyectan drogas. Caso contrario para los tradicionales estudios que se realizan en diferentes partes del mundo, los cuales estudian los niveles de riesgo en la mencionada población desde el brote de la epidemia del VIH/SIDA en la década de los 80.

#### **Características sociodemográficas**

En relación con los objetivos específicos, se describieron las características sociodemográficas de las PUDI: de los 74 PUDI que respondieron al instrumento, el 93% fueron hombres y sólo 7% fueron mujeres. Estas proporciones se observaron en todos los estudios con ésta población, ya que la mayoría de consumidores de drogas inyectables y

de drogas en general, son mayoritariamente varones. Como ejemplo de ello se realizaron varios estudios: en 1997 se realizó un estudio sobre prácticas de riesgo de infección de VIH/SIDA en la ciudad de Tijuana, Baja California, México, en el cual la distribución por género fue de hombres 85% y mujeres solo del 15%<sup>29</sup>.

Asimismo, el único estudio encontrado para el caso de las PUDI de la ciudad de Mexicali se realizó en 2008 cuyo objetivo fue investigar los comportamientos de riesgo en PUDI: 86% fueron hombres y 14% mujeres<sup>15</sup>. Datos más recientes provenientes de Colombia, se estudiaron los comportamientos de riesgo en usuarios de heroína, donde 91% fueron hombres y 9% mujeres<sup>30</sup>. En los estudios semejantes en otras partes del mundo, se observa el mismo comportamiento, con un predominio de varones, siendo siempre la población femenina estadísticamente menor.

La media de edad de las PUDI fue de 42.26 y una moda de 40 con un rango de edad de los 18 a los 68. En estudios citados con ésta misma población, se observaron las siguientes medias de edad: 29<sup>29</sup>, 37.1<sup>30</sup>, 39<sup>15</sup>. En los diferentes estudios se observaron diferencias de edad, ubicando a las personas de la presente investigación en el grupo etario de adultos. Cabe destacar que en el actual estudio realizado se observó una media mayor a las revisadas en otros estudios; El 35.1% de las PUDI mencionaron consumir drogas inyectables desde hace 20 años o más (Gráfica 8), es decir que se especula que en Mexicali las PUDI son una población con un consumo prolongado, en una ciudad con un uso de drogas tradicional y consolidado.

Otras características fueron el estado civil: 62% solteros, 16% en unión libre, 10% casado. Entre los estudios consultados se encontró que: 71% casados, 81.3% solteros<sup>30</sup>; 40% solteros<sup>29</sup>; Solteros 64.2%, Casados 11.4%, y separados o divorciados 21.1%<sup>15</sup>. En general los estatus maritales se denotan la desintegración siendo los estatus de soltería los más altos. La adicción a sustancias propicia las rupturas familiares y los conflictos en las relaciones interpersonales de los familiares cercanos a los consumidores.

Respecto a la ocupación de las PUDI, 57% indicaron que “talonean”; entre los códigos de comunicación entre éste grupo de personas, dicho término significa realizar actividades que remuneran, trabajos informales y rápidos que les permiten la obtención de dinero para cubrir sus diferentes necesidades, sobre todo la adquisición de la sustancia a consumir<sup>10</sup>. El 37% indicó tener un trabajo estable y el resto reportó: ser desempleado 4%,

estudia y ser jubilado 1% cada uno. Otros estudios mostraron que las PUDI: en el año 2008 en Mexicali el 18% fue desempleado, 80.5% trabaja, y sólo 0.8% estudió<sup>15</sup>. En ambos estudios a 10 años de distancia, se observaron similitudes ya que en ambos la mayor proporción mantienen actividades económicas formales e informales, y en menor proporción quienes indicaron no realizar ningún tipo de actividad remunerarte, y en marginal nivel quienes comentaron contar con estudios.

Un dato que refleja las condiciones de vulnerabilidad de las PUDI fue el sitio de residencia: encontrando que el 54% reportó vivir en situación de calle y 27% vive en una casa de renta. En estudios semejantes con personas que se inyectan drogas citados a lo largo del presente estudio no distan de éstas proporciones. La situación de calle refleja el nivel de desintegración social; la ruptura de vínculos familiares, fraternos, laborales, y redes de apoyo. También la falta de opciones que el estado ofrece a las personas indigentes y consumidoras de drogas propicia el abandono social.

Asimismo el nivel de escolaridad alcanzado por las PUDI, refleja los pocos recursos con los que afrontaron diversas situaciones. Se encontró que 50% alcanzó el nivel secundaria, siendo éste el nivel de estudios predominante dentro de la muestra: 29% alcanzó el nivel primaria, y 16% solo el preescolar. En estudios previos en la región se encontró: que 58.2% de las PUDI de Mexicali estudiaron secundaria o más, contra el 41.8% restante que estudio nivel primara o menos. En la ciudad de Tijuana, 85.8% de las PUDI refirieron una escolaridad de primaria y secundaria, el resto indicó haber estudiado niveles más bajos que la primaria<sup>29</sup>. En Colombia la mayoría de las PUDI (89%) reportaron alcanzar los estudios de secundaria. Como se observa, la mayor candad de PUDI no contaron con estudios que les permitieran acceder a mejores niveles de vida, aspecto que se relaciona con la dificultad para afrontar las diferentes etapas de vida, así como expectativas de movilidad social.

### **Trayectoria de consumo de drogas inyectables**

Los datos de la trayectoria de consumo indicaron que la mayor proporción de PUDI de Mexicali (35.1%) tienen 20 años o más inyectándose drogas, y un 18.1% que se inyecta desde hace 6 y 10 años. El resto se presentó en proporciones marginales y dispersas entre 2 a 15 años de consumo. Sólo una proporción de 10.8% refirió haber iniciado entre 5 meses y un año. En estudios previos con dicha población en Mexicali y Tijuana, no se investigó el tiempo de consumo de manera tan detallada; 53% fueron inyectores entre 1 y 5 años<sup>15</sup>. Sin

embargo se documentaron datos como: la primera experiencia de consumo de drogas inyectables, de una edad media de 14.7 años. Otro dato no encontrado en otros estudios fue el que indicó la proporción de ocasiones en que los usuarios cortaron el consumo de drogas inyectables; 43% señalaron que varias veces han dejado de consumir, es decir un consumo intermitente, sólo 8% refirió dejar y volver a consumir la sustancia frecuentemente, mientras que 31% comentó nunca haber dejado de consumir desde la primera punción. En datos adicionales a los instrumentos de orden cualitativo, denotan en la mayoría una motivación para frenar el consumo con el objetivo de reponerse físicamente por ciertos periodos de tiempo para posteriormente retomar el consumo, a modo de evitar estragos y deterioros. De manera coloquial las PUDI le llaman a esta estrategia “engordar la vena”<sup>11</sup>.

Respecto al policonsumo de drogas no inyectables, destacaron: 45% señaló sólo usar drogas inyectables, y 36% refiriere además usar marihuana. El consumo de drogas inyectables resulta llamativo: 76% se inyecta sólo heroína, 19% combina la heroína con metanfetamina fumada también conocida como “ice”, y un 5% señaló inyectarse cocaína. En estudio previo en Mexicali se encontró que 56% sólo se inyectaron heroína: 44% de las PUDI se inyectaron heroína combinada con metanfetamina fumada también conocida como ice (40.8%); con cocaína (2.4%); con crack (1.6%); y que 24.8% usaban otras drogas inyectables no especificadas<sup>16</sup>. Entorno a la comparación de los datos y a casi 10 años de distancia entre ambos estudios, la combinación de otras sustancias inyectables en combinación con la heroína ha disminuido. Las PUDI de Mexicali indican que combinar la inyección de heroína (la cual es un depresor del sistema nervioso central) con otras sustancias estimulantes, principalmente con metanfetamina (con efectos excitadores del sistema nervioso central) se realiza como una estrategia que supuestamente disminuye y equilibran los efectos de aletargamiento de la heroína con el objetivo de mantenerse activos y alertas. En realidad, la interacción entre las mencionadas sustancias propicia cardiopatías, arritmias que en casos extremos provocan paros cardiacos.

Los datos relacionados con el ingreso a centros de rehabilitación y desintoxicación resultan relevantes, ya que permitieron conocer las trayectorias de consumo y los intentos de las PUDI por escapar de la dependencia, aunque se sabe que una gran cantidad se internan con el objetivo de mitigar temporalmente a los estragos físicos del consumo prolongado, siempre con el objetivo de regresar a consumir al egreso de las instituciones: 49% dijo nunca haber ingresado a centros, 31% egresó hace más de un año, y 19% estuvo internado en los últimos 12 meses. En el último estudio al respecto en éste mismo contexto,

no se indagó sobre el ingreso a centros de rehabilitación, sin embargo se preguntó a las PUDI del año 2008, si habían tomado tratamientos con metadona, donde 24% afirmó haber tomado dicha alternativa<sup>15</sup>. Por otra parte, en lo que a la recuperación de la dependencia se refiere, algunas PUDI de Mexicali optaron por la metadona: aunque el 72% refirió nunca haber tomado tratamientos en clínicas de metadona, un 19% comentó haber tomado dicha opción en el último año.

En éste tópico, se preguntó a las PUDI el tipo de centro de rehabilitación de su preferencia; la mayor proporción rechazó cualquier tipo de centro (42%), 29% expresó su preferencia por centros de ayuda mutua, modelo en el que un ex usuario guía en un proceso terapéutico comúnmente mediante el modelo de Alcohólicos Anónimos (AA), a base de experiencias personales, sentido común, normas morales y en ocasiones religiosas. Un 16% prefirió los centros de tipo religioso y sólo 12% privado. Los estudios con PUDI consultados no analizaron detalladamente las preferencias de los usuarios, al analizarlos se observó en primera instancia, el rechazo de la mayoría de personas a éstas instituciones. En comentarios recogidos por los entrevistados, se refieren situaciones de precariedad en diferentes ámbitos y niveles, además de ineficacias en los tratamientos; hacinamiento, carencia de mobiliario, carencias de servicios y falta de personal profesional en salud, castigos y violencia física, psicológica y faltas a los derechos humanos entre otros. Éstas impresiones son dignas de estudios específicos y centrados en la calidad de los servicios de éste tipo de instituciones.

### **Trayectoria de riesgos de uso de drogas inyectables**

Gran cantidad de investigadores en salud, epidemiólogos y expertos en adicciones han manifestado su preocupación por el consumo de drogas inyectables que se ha mantenido en varias partes del mundo, aumentando en algunos lugares. El uso de drogas intravenosas es un fenómeno complejo de investigar e intervenir por las características de los consumidores y por ser un poderoso factor de riesgo para la adquisición del VIH: en el caso de las PUDI a diferencia de otros grupos con prácticas de riesgo, implica una propagación del virus rápido y potente para la transmisión en ésta población y de ahí propagarse en la población general. El riesgo de adquirir VIH en torno al consumo de drogas inyectables tiene su origen en el uso compartido de jeringas y otros instrumentos de inyección, con tasas de infección por ésta vía de hasta 43.5%<sup>30</sup>.

Dentro del presente estudio, se encontraron prácticas de riesgo de las PUDI de Mexicali: 39% indicó haberse inyectado con jeringas usadas por otros dentro de los últimos 7 días, 28% comentó que nunca se ha puesto en ese riesgo, y otro 16% dijo que la última vez usó jeringas de otros fue hace más de un año. También señalaron haber compartido los utensilios de inyección con los que se preparan las sustancias como receptáculos para diluir con agua, calentar la sustancia, para verter y succionar agua: 46% compartió utensilios dentro de los últimos 7 días y 34% comentó nunca haber compartido dichos materiales. En la investigación de hace diez años, tomada como referente local de las PUDI de Mexicali; 53% reportó haber compartido su jeringa la última vez que se inyectó y 66% también refirió haber compartido la parafernalia de inyección en el mismo evento; asimismo 70% dijo haber compartido jeringas y parafernalia siempre o más de la mitad de las veces que se ha inyectado, es decir que 7 de cada 10 PUDI entrevistados en 2008 compartieron sus jeringas y materiales de inyección entre 42 y 84 ocasiones<sup>15</sup>. Es posible que la causa de estos cambios en el comportamiento de estas poblaciones se deba a la incidencia de organizaciones dedicadas a la prevención del VIH/SIDA presentes en la ciudad.

En comparación de ambos estudios, y a diez años de distancia entre el anterior y la presente investigación, en la actualidad es clara la dramática disminución de los índices del uso compartido de jeringas así como de otros materiales de inyección.

### **Prácticas de riesgos sexuales**

La tendencia de las PUDI a los comportamientos de riesgo son preponderantemente asociados al uso compartido de jeringas y otros materiales de inyección. Se ha documentado que aunque la actividad sexual se inhibe como secuela fisiológica del uso prolongado de heroína, también se sabe que las PUDI en su búsqueda del sustento económico para adquirir la sustancia, se ven en la necesidad de realizar trabajo sexual. Dicha actividad comercial multiplica la probabilidad de infección del VIH: se ha evidenciado que su transferencia dentro de la población de PUDI, es potente por la vía intravenosa, sin embargo al realizar actividades sexuales sin protección con otras poblaciones no usuarias de drogas, se crea un puente para la expansión del virus a nivel mundial<sup>30</sup>.

A éste respecto se observó que las PUDI: 26% hace más de un año fue la última vez que tuvo relaciones sexuales sin condón; 24% se puso en riesgo en los últimos 7 días; 20% en lo últimos 12 meses; 18% nunca ha tenido relaciones sexuales sin condón, y 12% en el último mes. Además se reveló que 39% de las PUDI se realizó una prueba rápida de

VIH en los últimos 12 meses; 31% hace más de un año; 19% nunca se la ha aplicado. En estudio de contraste citado previamente<sup>15</sup>: 71% reportó haber tenido relaciones sexuales al menos una ocasión en los últimos 6 meses, de los cuales solo 45% reportó haber usado condón con un promedio de parejas sexuales de 2 en los últimos 3 meses; 45% reporta haber tenido al menos una pareja sexual estable en los últimos 3 meses. También 17% reportó haber realizado sexo comercial en el mismo periodo al menos una ocasión.

### **Prácticas eficaces de autocuidado de las PUDI**

Se categorizaron de las prácticas de autocuidado que las PUDI ejecutan, en correlación de la eficacia y efectividad. En este sentido, se describieron las prácticas de autocuidado más frecuentes, categorizadas entre *eficaces* e *ineficaces* en función del sustento científico. Como prácticas frecuentes y *eficaces*, es decir, actividades aceptadas y promovidas por los usuarios que mantienen principios científicos, se observó lo siguiente:

- Las PUDI se inyectaron predominantemente en los brazos para evitar infecciones producidas por abscesos en zonas de alto peligro como la ingle o el cuello.
- Los consumidores de manera más frecuente, diluyeron la sustancia a consumir con agua limpia.
- Los usuarios reportaron que en medida de sus posibilidades, preferentemente previnieron los abscesos con jeringas propias y limpias.
- En la prevención de sobredosis, las PUDI ayudaron a sus amigos que entraron en sobredosis aplicando estímulos dolorosos, manteniendo conversación con el objetivo de mantenerlos conscientes.
- Se observó que la proporción más grande, fue de usuarios que buscaron la sustancia más pura posible ofrecida en el mercado ilegal, con el objetivo de disminuir la posibilidad de sufrir de sobredosis, además de controlar la dosis, esperando hasta que su cuerpo la necesita para inyectarse.
- Las proporciones más significativas de PUDI, reportaron desinfectar las jeringas de otros cuando se vieron obligados a reutilizarlas. Además, la mayor proporción reportó tratar de no usar materiales de inyección como recipientes y filtros de otros compañeros.
- La mayor cantidad de usuarios informó que siempre u ocasionalmente usaron jeringas propias, evitando usar las de otros.

Categorizadas como prácticas de autocuidado *ineficaces*, es decir, actividades ampliamente promovidas, ejecutadas y justificadas por las PUDI, que sin embargo no tienen un principio científico, o que no está demostrada su efectividad, que sin embargo las realizan con el objetivo de preservar la salud y enfrentar los riesgos y daños del consumo de drogas. De acuerdo con esto, se encontró lo siguiente:

- Una elevada proporción de PUDI, prefirieron realizar autocuraciones de heridas provocadas por abscesos con remedios caseros, a base de hierba del manso, sábila y vendajes, antes que buscar al servicio médico. Sólo una proporción marginal optó por buscar los servicios especializados para la curación de heridas.
- La mayor proporción de usuarios no limpió la zona de inyección previa punción, ya que no consideraron que existieran riesgos infecciosos.
- El gros de las PUDI, afrontaron la sobredosis de sus compañeros ayudándolos a reanimarse, inyectando agua con sal: reportaron que esta técnica reanimó y evitó que sus amigos y compañeros de inyección murieran de sobredosis.
- Ante la sobredosis de un compañero, los usuarios optaron predominantemente por ayudarlos ellos mismos, evitando llamar a los servicios paramédicos de emergencia o a las autoridades por temor al rechazo del personal de salud y al castigo policiaco.
- Otra práctica con amplio déficit asociado al riesgo de sobredosis, fue que más de la mitad de usuarios mezcló sustancias con efecto contrario al momento de inyectarse; El uso de la metanfetamina en combinación con la heroína, tiene el objetivo de escapar del efecto de aletargamiento que produce la heroína, mitigado por el efecto excitador de la metanfetamina, logrando mantener el estado de vigilia, la actividad cognitiva y motriz según la hipótesis de las PUDI. Sin embargo, esto implicó el riesgo de colapso cardíaco por la interacción de dos sustancias: la metanfetamina conocida como ice, es excitadora del sistema nervioso central, mientras que la heroína es depresora del mismo lo que aumenta la probabilidad del colapso cardíaco.
- Míticamente las PUDI no compartieron su parafernalia de inyección con otros usuarios que se vieron deteriorados físicamente. En este sentido, no tomaron la misma precaución ante otros compañeros que se ven aparentemente sanos. Dicho mito implicó susceptibilidad al riesgo de adquirir VIH o VHC.
- Más de la mitad de los entrevistados no usaron condón durante las relaciones sexuales con su pareja estable, y otra proporción ligeramente mayor lo usó con sus pareja ocasional.

## **Nivel de conocimientos preventivos de salud de las PUDI**

Al medir los niveles de conocimientos asociados a los riesgos confluentes al consumo de drogas inyectables, se obtuvieron índices respecto: a) conocimientos en prevención de abscesos, b) sobredosis de drogas, y c) prevención del VIH y VHC. El nivel de conocimientos respecto al autocuidado de abscesos y heridas cutáneas por inadecuada técnica de inyección o deplorables niveles de asepsia, fueron los más bajos (59%), y nivel moderado (30%), con un índice marginal con nivel alto en conocimientos (11%). Las complicaciones que surgen de las infecciones cutáneas tienen su origen cuando las PUDI son nuevas e inexpertas en el consumo de drogas inyectables, también cuando no tienen venas visibles y adecuados puntos de inyección, lo que propicia la generación de abscesos infecciosos y cuando la inyección se realiza con materiales sucios y cuando la piel de la zona de inyección contienen bacterias.

En situaciones extremas las heridas se complican al grado de producir gangrena de miembros y zonas corporales, o infecciones generalizadas en el torrente sanguíneo con riesgos de muerte. Las estrategias de prevención son altos niveles de limpieza en la zona de inyección, usar jeringas y materiales limpios y nuevos, y buscar puntos de inyección ideales como brazos. En estudio previo en el mismo contexto y población se detectó que las PUDI no abordaron de manera específica la temática de los abscesos y pocos estudios lo incluyen.<sup>15</sup>

Por otra parte, el nivel de conocimiento relacionado con la prevención de la sobredosis de drogas muestra índices más alentadores, ya que 49% mostró niveles moderados, 24% conocimientos altos mientras que 27% expresaron bajos conocimientos. La prevención de sobredosis se realiza buscando y obteniendo las sustancias más puras posibles ofrecidas en el mercado ilegal, además de moderación y control de la dosis, es decir inyectarse la sustancia dosificada de tal forma que no se aumente la cantidad en forma súbita. Durante la situación de sobredosis de un compañero, se recomienda aplicar estímulos físicos dolorosos como pellizcar, conversar para mantener el estado de conciencia y poner al sujeto en hielo. En países con adecuadas regulaciones es posible la administración de naloxona al usuario para reanimarlo. En estudio local previo con PUDI, 46% refirió haber experimentado sobredosis y sólo 24% buscó o recibió asistencia médica<sup>15</sup>.

En el área de conocimientos preventivos de riesgos virales: VIH y VHC los desempeños de conocimientos también fueron bajos: 59% expresó conocimientos bajos,

30% moderados y 11% altos. Las estrategias para prevenir la adquisición de VIH son: usar jeringas estériles propias; nuevas o desinfectadas mediante agua y cloro, no compartir jeringas ni usar la de otros al igual que otra parafernalia de inyección. Respecto al ámbito sexual la prevención se realiza mediante el uso el condón con parejas estables u ocasionales. En el estudio previamente referido, se observó que las PUDI de la ciudad en el año 2008 mantuvieron adecuados conocimientos al respecto: 86% reportó saber cómo desinfectar jeringas usadas. Además, 33% pensó equivocadamente que si la jeringa no contiene restos de sangre está limpia. Por otra parte, 93% de las PUDI reconoció que una sola ocasión de compartir la jeringa era suficiente para adquirir la infección del VIH<sup>15</sup>.

### **Nivel de prácticas de autocuidado preventivo de salud de las PUDI**

La actual investigación midió el nivel de eficacia de autocuidado reportada por las PUDI, para mitigar los riesgos y daños del consumo de drogas inyectables. Los conocimientos brindan la oportunidad, en conjunto con los niveles de motivación; percepción del riesgo y actitudes para ejercer autocuidados<sup>15</sup>. En ésta lógica se midieron: a) prácticas de autocuidado en prevención de abscesos, b) prácticas de autocuidado para la prevención de sobredosis de drogas, y c) prácticas de autocuidado para la prevención del VIH y VHC.

En lo referente a las prácticas de autocuidado para la prevención de abscesos que las PUDI ejecutan, se encontraron predominantemente en niveles moderados con 58%; 23% en niveles altos y un 19%. Resulta contrastante observar que con respecto a los niveles de conocimientos; éstos son más altos que las prácticas de autocuidado; según Antelo, independientemente de los conocimientos que las PUDI mantengan al respecto de algún aspecto de salud, éstas se enfrentan a la realidad diaria que les toca vivir dado su contexto de vulnerabilidad, en el cual se deben sortear los riesgos mediante la toma de decisiones tomando en consideración los recursos con que se cuenta, contra la realidad que se impone cotidianamente<sup>16</sup>.

En el ámbito del autocuidado para prevenir sobredosis de drogas, las PUDI de Mexicali mostraron niveles de autocuidado más elevados; 41% mostró niveles medios, y 18% altos, aunque la mayoría (42%) se proyectó con porcentajes bajos. Esto indicó que pese a los conocimientos y la motivación de las PUDI para evitar riesgos y daños en preservación de su salud, se ve afectada por las carencias y retos que impone la

cotidianidad del consumo de sustancias y de pernoctar en la calle. En éste sentido la condición de las PUDI representa el principal reto para propiciar autocuidado.

El último aspecto evaluado en torno a las prácticas de autocuidado el nivel de prevención de riesgos virales como el VIH y el VHC; el mayor índice se obtuvo en moderado con 62%; aunque en éste aspecto la mayoría mostró niveles bajos en conocimientos, contrariamente se observó que las prácticas fue mayor. La Gráfica 27, mostró otro aspecto de vital relevancia para la salud de las personas que se inyectan sustancias: la posibilidad de adquirir el VIH, o el VHC afecta no solo a las redes de inyectores a nivel grupal o individual, es una situación poblacional cuyo impacto epidemiológico puede aumentar cuando dichos virus se expanden.

Finalmente las discrepancias observadas entre los niveles de conocimientos contra las prácticas de autocuidado, es decir la puesta en práctica de los conocimientos, se ve diezmada por las prioridades de las PUDI; ante la dependencia de la sustancia y su predominante situación de calle, disminuyen las posibilidades de ejecutar autocuidados, o modificar el comportamiento en mayor beneficio en su salud. De acuerdo con Magis, el consumidor de drogas intravenosas suele conocer los riesgos y daños del consumo, sobre todo lo relacionado con la adquisición de virus como el VIH al compartir jeringas, sin embargo se vuelve complejo tomar las medidas preventivas ya que la prioridad será la búsqueda y aplicación de la dosis de la sustancia a la cual es dependiente. En éste sentido según Magis, la decisión tenderá ir a la asunción de los riesgos<sup>29</sup>.

### **Correlación del nivel de conocimientos de salud con las prácticas de autocuidado**

Dentro de los resultados obtenidos, se determinó la correlación entre el nivel de conocimientos preventivos de salud, y el nivel de las prácticas de autocuidado de las PUDI con un coeficiente de correlación de 0.260. Cabe destacar que en el campo del estudio del autocuidado, no se encontraron estudios de tipo cuantitativo para el caso de PUDI. Aunque hay gran cantidad de referentes acumulados desde la época de la expansión del VIH en los años ochenta, que documentan la situación de las PUDI, la mayoría aborda factores como prácticas de riesgo, percepción y susceptibilidad a los riesgos, motivación, prevalencias de VIH, entre otros, sin embargo se detectó un vacío en el conocimiento respecto al abordaje del autocuidado, bajo una representación de la PUDI divergente a la tradicional; reconociendo en los usuarios la capacidad de agencia y de cambio conductual que busca incidir positivamente ante las situaciones que les tocó vivir<sup>16</sup>.

Dicho lo anterior, en el presente estudio se apeló a esa concepción de la PUDI, resaltando los aspectos conductuales que buscan mantener la salud y la vida, aun siendo dependientes a sustancias psicoactivas en un entorno de vulnerabilidad. En éste sentido se documentaron las actividades con ésta motivación, denotando la adaptabilidad y el cambio conductual. Para dar sustento y contraste, se pueden mencionar algunos estudios que reconocieron la posibilidad de cambio positivo en el comportamiento de consumidores en varias partes del mundo. Dichos estudios confirmaron que los inyectores modifican las conductas de riesgo de inyección y las sexuales para evitar la adquisición de VIH: En Nueva York entre 5.289 PUDI estudiados de 1990 a 1997, reflejó una disminución del uso compartido de jeringas, además disminuyeron en forma más discreta las conductas sexuales de riesgo tanto con su pareja ocasional así como la estable. Los resultados del estudio mencionado coincidieron con un descenso en la incidencia de VIH, con una media ponderada para las muestras estudiadas de 0.7 por 100 personas/año, de 1992 a 1997<sup>4</sup>.

En otro estudio realizado en Baltimore, se alcanzaron a 2.960 PUDI (90% usuarios de cocaína sola o en combinación con heroína) en un estudio de cohorte que del año 1988 a 1994: se observaron cambios conductuales variables a lo largo del tiempo en personas VIH positivos que en los VIH negativos. Otra evidencia en Canadá demostró reducciones discretas en las conductas de riesgo de los usuarios de drogas inyectadas. En Brasil se sugirió una disminución de las conductas de riesgo por inyección en algunas subpoblaciones en Río de Janeiro: las PUDI reportaron modificaciones positivas en sus prácticas de consumo. Dentro de los estudios mencionados, se identificaron factores comunes con la reducción de las prácticas de riesgo, en algunas actividades que generan un efecto positivo sobre su situación, por ejemplo: que las PUDI hablen sobre el sida con los amigos consumidores de drogas, con las parejas sexuales y con la familia, ayuda a compensar el bajo nivel de educación que poseen<sup>4</sup>.

Otros estudios han establecido que las prácticas de riesgo en esta cuestión, se relacionan poderosamente con procesos grupales comunicacionales y sentidos de pertenencia. En este tenor, Bravo indicó que son factores que sugieren que la modificación de estas conductas, es un proceso social, más que una decisión individual<sup>4</sup>. En un estudio cualitativo realizado en Mexicali, O valle estableció que el uso compartido de jeringas y otros materiales de inyección, nace como una práctica grupal solidaria entre los pares inyectores, pese a que en muchas ocasiones saben de los posibles riesgos y daños. Lo anterior solo

se puede entender al conocer sus interacciones y sus espacios. La solidaridad surge de la empatía que tienen hacia otros compañeros que experimentan las mismas adversidades, ante el estigma, rechazo y abandono social y familiar<sup>10</sup>

Gracias a investigaciones grupales que exploran el sentido que los usuarios otorgan a las drogas, logran develar importantes niveles de autocuidado en grupos de consumidores, reconocen en los sujetos capacidad de agencia que busca incidir favorablemente en el mundo que les toca vivir. Los consumidores de sustancias problemáticas son una colectividad heterogénea que encarnan grandes diferencias: desde el control de la dosis, severidad y objetivos hacia el consumo, capacidad de abstinencia, aspectos motivacionales, percepción de susceptibilidad, estado emocional, personalidad, además otros determinantes sociales cómo los factores socioeconómicos y culturales<sup>16</sup>.

Desde la perspectiva sanitaria, el consumo de drogas es una práctica cuya certeza es el daño, por lo que considera como enfermedad el acto de consumir drogas catalogado como un auto-daño, lo que impide la posibilidad de visualizar otras posibles relaciones con las sustancias<sup>18</sup>. En un enfoque más flexible que desancla concepciones impuestas por las ciencias de la salud, es posible apreciar al usuario de manera diferente. Es en este sentido que las PUDI, asumen prácticas de autocuidado para mantener la integración social y afectiva, aún en el contexto de consumo de drogas<sup>16</sup>.

## 5.2. Conclusiones

En función del objetivo planteado, el cual fue; medir las prácticas de autocuidado de la salud, en correlación del nivel de conocimientos preventivos de salud de los riesgos y daños del consumo de drogas inyectables, en las personas usuarias de drogas inyectables de la zona centro de Mexicali, durante el periodo del 13 de noviembre de 2016 al 14 de mayo de 2017, se establece que efectúan prácticas de autocuidado frente a los riesgos circundantes a su consumo y de manera efectiva, concluyendo lo siguiente en base a los objetivos propuestos:

- Se logró describir socio demográficamente a las PUDI, denotando factores asociados a la vulnerabilidad social y sanitaria de éstas, ya que como en otras partes del mundo; viven en la calle en abandono familiar e institucional (en ocasiones por decisión propia escaparon del contexto familiar que les exigía abandonar el consumo), mantienen bajo nivel educativo, y trabajan primordialmente en actividades informales, la mayoría son adultos jóvenes. Los niveles de vulnerabilidad social son inherentes: bajo nivel educativo, situación de calle, carencia de redes de apoyo fraternas y familiares, carencia de trabajo formal, ingresos económicos bajos y fluctuantes atados a actividades informales, variadas y recurrentes recaídas en el consumo problemático, pocas intenciones de abandonar el consumo de las sustancias en intentos infructuosos o en ocasiones internamientos sin intención genuina de superar la adicción. Además los usuarios mantienen constante y frecuente relación con actividades delictivas.
- Se describieron las trayectorias de consumo de drogas y exposición de riesgos; en torno a la inyección de sustancias, la mayoría rechazó el ingreso a procesos de desintoxicación en centros de rehabilitación o clínicas de metadona y otro gran porcentaje consume de manera intermitente: predominaron los usuarios con años de consumo ininterrumpido de drogas inyectables, las menores proporciones refirieron consumos intermitentes. En ocasiones combinaron la heroína con otras sustancias con efecto contrario en el sistema nervioso central, o bien, poli consumidores que además de inyectarse usan otras sustancias no inyectadas. La mayoría se ha puesto en riesgo en variadas ocasiones usando jeringas y materiales usadas por otros compañeros. Se observa baja incidencia en procesos de desintoxicación en centros de rehabilitación así como clínicas de metadona.
- Se categorizaron las prácticas de autocuidado entre eficaces e ineficaces: se plantea el principio de que las PUDI tienen motivación y comportamientos orientados a la preservación de la vida y la salud (pese a su ambivalencia frente al daño auto

infligido). Aunque en el caso de las prácticas ineficaces, la motivación tiene el objetivo de preservar la salud, los sustentos y actividades tienen fundamentos basados en el sentido común, lo que propicia una importante vulnerabilidad para adquirir VIH, sufrir sobredosis así como generar abscesos cutáneos por inadecuada técnica de inyección y bajos niveles de asepsia. Las prácticas eficaces e ineficaces aludieron a comportamientos estratégicos que las PUDI ejecutaron y que desde su perspectiva y experiencia, sirvieron para mitigar los riesgos y daños del consumo de drogas inyectables. En el caso de las prácticas eficaces de autocuidado, son actividades que de acuerdo con el consenso científico, son efectivos para mantener la salud y la vida. Por su parte las prácticas ineficaces de autocuidado, son prácticas que no tienen un sustento científico, que sin embargo fueron aceptadas y justificadas por las PUDI para mitigar los peligros, aprendidas como creencias míticas y normas sociales de éste grupo de personas. El hallazgo más importante y dramático de práctica ineficaz, ampliamente aceptada por el colectivo de PUDI, indicó que inyectar agua con sal al compañero que estuvo en sobredosis ayudó a reanimarlo y evitar el paro respiratorio. Otro comportamiento ineficaz de gran relevancia fue el que indicó que las PUDI, al tener un absceso por inadecuada técnica de inyección o bajos niveles de sepsia, optaron como primera y única alternativa, curarse los abscesos solos y con remedios caseros, antes que acudir con médicos u hospitales. La evidencia sugiere que la renuencia a acudir a consulta médica y curación por profesionales está asociada al estigma por su condición de usuarios de drogas y es motivada por el rechazo y la discriminación por parte del personal de salud de las instituciones. Como ejemplo de prácticas eficaces y que muestran amplia aceptación por parte del colectivo de PUDI, se encuentra en el alto nivel de uso de jeringas propias, o de desinfectar con cloro las que fueron usadas por otros compañeros. Además se observó que en función de la disponibilidad de drogas, las PUDI optan por buscar las sustancias más puras y menos adulteradas, lo que reduce la posibilidad de sobredosis o envenenamiento. Las prácticas eficaces detectadas son factores de protección frente a los riesgos del consumo.

- Respecto a los niveles de conocimientos y de prácticas de autocuidado, se observan discrepancias: los niveles de conocimientos eran mayores que los niveles de autocuidado: las decisiones de las PUDI hacia la asunción de riesgos o su evitación, se determina por la conjugación de la situación de vulnerabilidad, su adicción, contra su motivación y su posibilidad de autocuidado: susceptibilidad a los riesgos, acceso a insumos sanitarios y disponibilidad de recurso económico. Se convierte en un

sorteo de factores en la que es posible visualizar reducción de riesgos sin la posibilidad de eliminarlos totalmente. Se concluye que, mantienen adecuados conocimientos sin embargo en la ejecución y práctica de éstos resultan complejos para implementar permanentemente para la mayoría de inyectores.

- En la correlación entre conocimientos y prácticas de autocuidado, los porcentajes acumulados, el índice de correlación estableció que las conductas de autocuidado de las PUDI son efectivas y logran incidir favorablemente en la mitigación de riesgos más no en su eliminación. Dadas sus condiciones de vida se puede decir que éste es un aspecto positivo en pro del autocuidado. Sin embargo se observan áreas de refuerzo y oportunidad para incidir.

### 5.3. Recomendaciones

Los resultados obtenidos permiten visualizar áreas importantes de oportunidad para continuar con la generación de conocimientos de la cuestión estudiada. A continuación se plantean propuestas con miras hacia la intervención, que den respuesta tanto a las necesidades de las PUDI como de los hallazgos del presente estudio.

Algunas de las recomendaciones son:

1. Implementar más actividades formativas e informativas focalizadas en las PUDI, de manera permanente y constante.
2. Continuar investigando el objeto de estudio y lograr aleatoriedad y representatividad estadística. Resultará pertinente investigar el tema con la metodología llamada: Muestreo Dirigido por Entrevistados.
3. Divulgar los hallazgos de la presente investigación, sobre todo en sectores y actores sanitarios relacionados con la cuestión, para sensibilizar al personal de salud y de seguridad pública, e disminuir el estigma, la discriminación y el desahucio de dicha población.
4. Ejecutar actividades de prevención que vayan más allá de lo informativo y expositivo. Incluir actividades de mayor impacto como la educación para la salud, mercadeo social, actividades interactivas que garanticen un aprendizaje significativo y comunicación para el cambio de comportamientos con énfasis en el autocuidado.
5. Reforzar los aspectos que de acuerdo a los hallazgos, sugieren bajos niveles tanto de conocimientos como de autocuidado. Sobre todo en lo asociado al cuidado y prevención de heridas provocadas por abscesos.
6. Reforzar los aspectos en torno al uso compartido de otros utensilios de inyección diferentes a la jeringa.
7. Desmitificar los conocimientos y prácticas erróneas que no tienen un sustento, que sin embargo practican con alta frecuencia, por ejemplo la inyección de agua con sal ante la contingencia de sobredosis de un compañero. Otros mitos que se traducen en prácticas de supuesto autocuidado: lavar los recipientes con alcohol, o que la dosis de droga más pura es más nociva, y eliminar la idea de que la única manera de tener una sobredosis es sólo inyectándose más de lo que el organismo está habituado (la teoría demuestra que las dosis adulteradas en muchas ocasiones incluyen venenos que propician el paro respiratorio).

El principal objetivo de estos resultados serán traducirlos en actividades de reducción de daños y aplicaciones prácticas: educación para la salud, brigadas de

intercambio de jeringas, abordajes para el cambio de comportamiento y diseño de campañas de mercadeo social focalizadas a las PUDI. Sin embargo el principal objetivo es de tipo dialéctico, que apela a la ética de las ciencias de la salud. Dada la carga negativa y el deterioro de la imagen del adicto, se ha propiciado un entorno social que rechaza apriorísticamente al consumidor; renuencia de los sectores sanitarios para invertir recursos económicos y humanos para brindar la atención necesaria, la incapacidad para tratar a los consumidores con respeto, evitar enjuiciar a los usuarios dado su estatus de dependiente, agredir, ignorar o criminalizar por el uso de sustancias, someter a juicios de valor moral el merecimiento de atención médica, que niega el servicio para darlo a otras poblaciones que supuestamente si lo merecen.

Concebir a un sujeto atrapado en la compulsión por las sustancias, y que pese a ello logra enfrentar riesgos de muerte y enfermedad de manera efectiva, y abandonar la noción de adictos incapaces de cambiar, perezosos y perversos que no generan conciencia de su propia situación. Dejar de lado estas ideas que emanan del estigma atribuido al consumo de sustancias y, asumir una perspectiva libre de juicios morales hacia las PUDI, que permitirá disminuir la mortalidad, la incidencia y prevalencia de los problemas relacionados con la inyección de drogas. De tal suerte, el verdadero trabajo deberá ser no abandonar a las PUDI, y en modificar la percepción que existe sobre usuarios, sensibilizando y replanteando el sentido común y clínico, así como mejorar nuestra relación con las sustancias, las cuales se han convertido en chivo expiatorio de problemas morales, estructurales y sanitarios. Es responsabilidad de los sectores sanitarios públicos, y de la académica, atender e investigar respectivamente, dando respuesta a las necesidades y contingencias epidemiológicas que corren el riesgo de expandirse y que finalmente afectan al resto de la población general.

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Danet A, Vallecillos MR. Los programas experimentales con heroína en la atención de la población drogodependiente. *Salud y Adicciones*. 2012; 12: p.19–34.
2. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Informe mundial sobre drogas 2013 [Internet]. New York; 2013. [acceso 9 de agosto de 2015]: Disponible en: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/es/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>
3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Drogas Ilícitas [Internet]. México; 2011: [acceso 22 de abril de 2015]: Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)
4. Bravo MJ. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.; 2004. p. 9-73.
5. El Fondo Mundial. Reducción de daños en personas que consumen drogas [Internet]. Ginebra, Suiza; 2015. [acceso 9 de septiembre de 2015]: Disponible en: [http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core\\_HarmReduction\\_Info\\_Note\\_es/&sa=U&ved=0CAQQFjAAahUKEwizudLd1evHAhWVD5IKHQEOAYM&cli=internal-uds-cse&usq=AFQjCNGjnEN-BL5uDxNrHc5DcmCekqnywA](http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_HarmReduction_Info_Note_es/&sa=U&ved=0CAQQFjAAahUKEwizudLd1evHAhWVD5IKHQEOAYM&cli=internal-uds-cse&usq=AFQjCNGjnEN-BL5uDxNrHc5DcmCekqnywA)
6. Centros de Integración Juvenil A.C. Panorama sociodemográfico Nacional en el estado de Baja California y el Municipio de Mexicali [Internet]. Mexicali, B.C.; 2010. [acceso 18 de abril de 2015]: Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/ebco2013/centros/9661SD.html>
7. Secretaria De Salud. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH / SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al cierre de 2017 [Internet]. México, D.F.; 2015. [acceso 17 de marzo de 2018]: Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
8. García-Abreu A, Nogueira I, Cowgill K. Panorama epidemiológico y repercusiones económicas. En: *El VIH / SIDA en países de América Latina: Los retos futuros*. Washington, D.C.: editorial Organización Mundial de la Salud; 2004. p.1-49.
9. Álvarez-Gayou J, Bravo-García E, Bronfman M, Caballero M, Davenport HG, Estrada-Márquez F, et al. *SIDA: Aspectos de salud pública*. Magis C, Barrientos H, Bertozzi S, editores. México; 2006. p.135-141.

10. Ovalle-Marroquí P. Engordar la vena: Discursos y prácticas sociales de los usuarios de drogas inyectables en Mexicali. Editorial UABC, Mexicali, B.C.; 2009; p.49-76.
11. Guitart R. Tóxicos: Los enemigos de la vida. Ediciones Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España; 2014; p. 263-265.
12. Escohotado A. Historia general de las drogas. Editorial Espasa, España; 1982; p.34-39.
13. Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones 2015 [Internet]. México, D.F.; 2015. [acceso agosto de 2016]: Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf\\_sisvea.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf_sisvea.html)
14. Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas. Treinta años del VIH-SIDA: perspectivas desde México. Lobato, editor. México, D.F.; 2011. p.7-21.
15. Ospina-Escobar A. Comportamientos de riesgo y factores asociados entre Usuarios de Drogas Inyectables en Mexicali y San Luis Río Colorado. México, D.F. 2008. p.1-31.
16. Sanchez-Antelo V, Mendez-Diz A. Prácticas y sentidos de los riesgos : el autocuidado en los consumidores de drogas. Argumentos [Internet]. 2015; 17: p.357-386. [acceso el 14 de abril de 2016]: Disponible en: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1327>
17. Aureano GR. La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté à basse intensité [Tesis doctoral]. Montreal. 1997; p.1-469. [acceso 28 de abril de 2016]: Disponible en: <http://www.theses.umontreal.ca/theses/pilote/aureano/ these.html>
18. United States Agency International Development. Uso de drogas y transmisión del VIH en América Latina [Internet]. Arlington, VA; 2012. [Acceso 18 de abril de 2015]: Disponible en: <https://aidsfree.usaid.gov/resources/uso-de-drogas-y-transmisi3n-del-vih-en-am3rica-latina>
19. Mendoza JC, Quiroz LA, Román R. Revisión de la Planeación Estratégica. México: Red Mexicana de Reducción de Daños. 2013.
20. Prado-Solar L, González-Reguera M, Paz-Gómez N, Romero-Borges K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2014; 6 (36): p 835–45. [acceso el 22 de noviembre de 2015]: Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139>

21. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa; 1986. p.19–22.
22. Martínez G. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud. Editorial Elsevier. Barcelona, España.; 2013; p.39-41.
23. Templos-Núñez L, Marín-Navarrete R. Entrevista motivacional para la atención de las adicciones. En: Temas selectos en orientación psicológica Vol. VIII. México, D.F.; editorial Manual Moderno; 2014. p.13-18.
24. Consejo Nacional Contra las Adicciones. El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH-SIDA en México: un problema de salud pública. [Internet]. México, D.F.; 2015. p.1–8. [acceso 18 de abril de 2015]: Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/el-consumo-de-drogas-inyectadas-y-la-epidemia-del-vih-sida-en-mexico-un-problema-de-salud-publica-documento-de-posic-ion>
25. Rodríguez-Ramos ME. Guía del Modelo de Mitigación de Daños. [Internet]. México, D.F.; 2013. p.1–24. [acceso el 27 de agosto de 2015]: Disponible en: <https://issuu.com/funsalud-ugp/docs/guiamitigaciondanos-final-isbn>
26. Barra A. La política de drogas en México: prevención, reducción de daños y reasignación presupuestal. Perspectivas [Internet]. 2013; 1: p.4-5. [acceso 17 de mayo de 2016]: Disponible en: [http://www.fesmex.org/perspectivas\\_progresistas.htm](http://www.fesmex.org/perspectivas_progresistas.htm)
27. Departamento de Salud Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Internet]. Belmont, CA; 1979. [acceso noviembre de 2015]: Disponible en: [http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe\\_belmont.html](http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe_belmont.html)
28. Ley General de Salud. [Internet]. Diario Oficial de la Federación 27/01/2017. [acceso noviembre de 2015]: Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
29. Magis-Rodríguez C, Ruiz-Badillo A, Ortiz-Mondragón R, Loya- Sepúlveda M, Bravo-Portel M, Lozada-Romero R. Estudio Sobre Prácticas de Riesgo de Infección Para Vih/Sida en inyectores de drogas de la ciudad de Tijuana B.C. [Internet]. Tijuana, B.C.; 1997. P.1–5. [acceso el 27 de agosto de 2015]: Disponible en: [http://ibrian.net/navon/paper/EN\\_INYECTORES\\_DE\\_DROGAS\\_DE\\_LA\\_CD\\_DE\\_TIJUANA\\_B\\_C\\_.pdf?paperid=22735962](http://ibrian.net/navon/paper/EN_INYECTORES_DE_DROGAS_DE_LA_CD_DE_TIJUANA_B_C_.pdf?paperid=22735962)

30. Berbesi Dedsy, Segura-Cardona Angela, Montoya-Vélez Liliana, Mateu-Gelabert Pedro. Consumo de heroína inyectada en Colombia y comportamientos de riesgo. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2013 Feb [citado 2018 Ago 15]; 36( 1 ): 27-31. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252013000100004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000100004&lng=es).

## **ANEXOS**



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

## Facultad de Enfermería Campus Mexicali

### Maestría en Ciencias de la Salud

#### Instrumento de prácticas de mitigación de riesgos de Personas Usuarias de Drogas Inyectables de Mexicali

Introducción: Soy estudiante de la Universidad, ahora estamos realizando entrevistas a las personas que se inyectan chiva u otras sustancias. Nuestro objetivo es conocer mejor su situación y los riesgos a los que se exponen. Los resultados y la información que nos puedas brindar nos servirán para traer más y mejores servicios de salud que ayuden a disminuir los peligros de quienes están enganchados y se inyectan.

**La entrevista es voluntaria y anónima, no tomaremos tu nombre y sólo tardará 20 minutos. Tu sinceridad nos ayudará mucho y en agradecimiento por tu tiempo te daremos \_\_\_\_\_**

#### SECCIÓN 0. Identificación del cuestionario

Código		
001	Número de folio:	
002	Nombre del entrevistador:	
003	Fecha (DD/MM/AA):	

#### SECCIÓN 1. Datos sociodemográficos

Código	Preguntas	Respuestas	
101	Edad		
102	Género	1. Mujer	2. Hombre
103	¿Actualmente te inyectas?	0. No	1. Si
104	¿Cuáles te inyectas?	1. Heroína / Chiva 3. Ice / Metanfetaminas 5. Tachas / Pastillas	2. Cocaína / Grapas / Rayas 4. Crack / Piedra 6. Ácidos
105	Estado civil	1. Soltero 3. Divorciado 5. Unión libre	2. Casado 4. Viudo
106	Ocupación	1. Trabaja 3. Estudia 5. Jubilado/pensionado	2. Desempleado 4. Ama de casa 6. "Talonea"
107	Escolaridad	1. Preescolar 3. Primaria 5. Secundaria 7. Preparatoria 9. Universidad	2. Primaria trunca 4. Secundaria trunca 6. Preparatoria trunca 8. Universidad trunca
108	¿Dónde vives?	1. Casa propia 3. Casa en renta 5. Casa apropiada	2. Situación de calle 4. Casa prestada 6. En casa de amigo o familia
109	¿En promedio, cuanto ganas a la semana?	1. Menos de \$900 3. Entre \$5,000 y \$9,900	2. Entre \$1,000 y \$4,900 4. Más de 10,000
110	¿Cuánto tiempo tienes inyectándote?	1. Menos de 5 meses 3. 2 años 5. 4 años 7. Entre 6 y 10 años 9. 15 o más años	2. De 5 meses a 1 año 4. 3 años 6. 5 años 8. Más de 10 años 10. 20 o más años
111	En el tiempo que llevas inyectándote, ¿has cortado el consumo?	0. Nunca 2. Algunas veces	1. Pocas veces 3. Muchas veces

112	¿Consumes otras drogas no inyectables?	0. No 3. Resistol/ Cemento	2. Marihuana/mota 4. Cocaína / Grapas	5. Otro _____
113	¿Cuántos años has vivido en Mexicali?	1. Siempre	2. _____ años	3. _____ meses
114	¿Hace cuánto tiempo usaste una jeringa o materiales de inyección usados por otros?	1. _____ días 3. _____ años	2. _____ meses 4. Nunca	
115	¿Hace cuánto tiempo usaste utensilios de inyección (como el cooker y cacharro) usados por otros?	1. _____ días 3. _____ años	2. _____ meses 4. Nunca	
116	¿Cuándo fue la última vez que tuviste sexo sin condón?	1. _____ días 3. _____ años	2. _____ meses 4. Nunca	
117	¿Cuándo fue la última vez que te realizaste una prueba de VIH?	1. _____ días 3. _____ años	2. _____ meses 4. Nunca	
118	¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 6 meses?	Anotar número de años:		
119	¿Cuándo fue la última vez que estuviste en tratamiento por uso de drogas?	1. _____ días 3. _____ años	2. _____ meses 4. Nunca	
120	¿En qué tipo de Centro de Rehabilitación estuviste?	1. Privado 3. Religioso	2. Ayuda mutua 4. Otro _____	
121	¿Has estado en tratamiento de Metadona?, ¿hace cuanto tiempo?	1. _____ días 3. _____ años	2. _____ meses 4. Nunca	
122	¿Has estado en prisión?, ¿hace cuanto tiempo?	1. _____ días 3. _____ años	2. _____ meses 4. Nunca	

## SECCIÓN 2. CONOCIMIENTOS EN SALUD

### Conocimientos sobre abscesos

Introducción: *A continuación te preguntaré algunas cosas y además te leeré algunas frases y me dices si son falsas o verdaderas.*

Código	Preguntas	Respuestas			
201	¿Podrías explicarme cómo se hacen los cuerazos?	0. Correcto	1. Incorrecto	2. Parcialmente correcto	
202	Los cuerazos se hacen si la piel donde te inyectas está sucia.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
203	Usar jeringas y cacharras sucios causa cuerazos.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
204	Al inyectarse en el cuello hay riesgo de que se forme un cuerazo.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
205	El mejor punto para inyectarse es en los brazos.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
206	La forma de curar un cuerazo es esperar a que tenga pus para exprimirlo y curarlo con venda y sábila, o hierba del manso.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
207	Un cuerazo puede envenenar la sangre y causar la muerte.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
208	Los cuerazos pueden causar que brazos o piernas se mueran y deban ser cortados.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
209	Diluir la sustancia con agua sucia causa los cuerazos.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
210	Engordar la vena de vez en cuando ayuda a evitar cuerazos	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se

Conocimientos en sobredosis					
211	¿Podrías decirme cómo se hacen las sobredosis?	0. Correcto	1. Incorrecto	2. Parcialmente correcto	
212	La sobredosis sólo da si te inyectas más dosis de la que tu cuerpo necesita	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
213	La calidad y pureza de la droga tiene que ver con que te de una sobredosis.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
214	Mezclar drogas con efecto contrario (por ejemplo chiva con ice) puede causar sobredosis.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
215	Cuando a un amigo le da una sobredosis, ponerle hielo ayuda a mantenerlo consiente.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
216	En la sobredosis de un compañero, inyectar agua con sal ayuda a mantenerlo despierto.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
217	Ante la sobredosis de un compa, se debe llamar a la Cruz Roja o al 066.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
218	Si tu amigo o compañero se empieza a doblar después de inyectarse, es bueno sacarle plástica para mantenerlo despierto.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
219	Cuando llega la sobredosis, pellizcar, o dar estímulos dolorosos ayuda a que no se doble.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
220	La sobredosis de chiva es igual a la sobredosis de ice o drogas parecidas.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
Información sobre prevención de VIH/SIDA y VHC					
221	Podrías explicar como se adquiere el VIH/SIDA.	0. Correcto	1. Incorrecto	2. Parcialmente correcto	
222	Podrías explicar como se adquiere la Hepatitis C.	0. Correcto	1. Incorrecto	2. Parcialmente correcto	
223	Al usar erres (jeringas) usadas por otros te pones en riesgo de adquirir VIH y Hepatitis C.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
224	Al usar cookers y cacharros usados por otros te pones en riesgo de adquirir VIH y Hepatitis C.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
225	El VIH y el VHC pueden pasar de un compañero a otro mediante sangre que se queda en la erre.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
226	Cuando un compañero está enfermo de VIH, SIDA o VHC se le nota.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
227	Tener tus propios utensilios de inyección te previene de tener estos virus.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
228	Limpiar las jeringas usadas con agua hervida o con alcohol eliminan los virus.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
229	Lavar las jeringas con cloro elimina los virus.	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
230	Levantar agua del cacharro o del cuquer de otros implican riesgos de adquirir VIH/SIDA y	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
231	El VIH/SIDA se pega por tener relaciones sexuales sin condón	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se
232	Existe riesgo de adquirir VIH al tener relaciones sexuales sin condón con tu(s)	0. En desacuerdo	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. No se

### SECCIÓN 3. PRÁCTICAS DE MITIGACIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Introducción: *A continuación te diré algunas afirmaciones relacionadas con tus prácticas de salud.*

Código	Preguntas	Respuestas			
301	Aunque me inyecto, hago cosas para prevenir el deterioro de mi salud y mi cuerpo.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
<b>Prácticas de autocuidado de abscesos</b>					
302	Prevengo los cuerazos limpiando con jabón la zona donde me inyecto.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
303	Prevengo los cuerazos usando jeringas limpias.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
304	Evito los cuerazos usando agua limpia para diluir.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
305	Evito los cuerazos inyectándome de preferencia en los brazos.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
306	Evito inyectarme en lugares como la ingle o el cuello.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
307	Cuando ya no encuentro puntos de inyección en mi cuerpo, corto el consumo para engordar la vena un tiempo.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
308	Cuando ya no encuentro puntos de inyección en mi cuerpo, me inyecto intramuscular.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
309	Cuando me da un cuerazo trato de ir con un médico para atenderme la herida.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
310	Cuando tengo cuerazos prefiero curarmelos yo mismo.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
311	Cuando tengo cuerazos espero a que madure para exprimir la herida y curarla con sábila, hierba del manso u otros remedios.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
<b>Prácticas de autocuidado de sobredosis</b>					
312	Aunque ande malilla (síndrome de abstinencia), evito que me den sobredosis	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
313	Aumento las dosis de inyección poco a poco para evitar doblarme o tener una sobredosis.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
314	Si ya estoy curado y tengo una dosis en la bolsa, me espero para inyectármela más tarde.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
315	Mezclo sustancias para curarme, por ejemplo chiva con ice.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
316	Busco conectas donde me vendan chiva u otras sustancias de la mejor pureza y calidad posible.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre

317	Cuando un amigo se dobla o le da sobredosis, prefiero curarlo yo mismo antes que llamar a la ambulancia.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
318	Para ayudar a un amigo que se está doblando, lo salvo inyectando agua con sal.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
319	Ayudo a mis amigos que se doblan echándoles agua helada.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
320	Cuando un amigo se empieza a doblar le saco plástica para mantenerlo despierto.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
321	Cuando un amigo ya se dobló y le inicia la sobredosis le doy pellizcos o cachetadas para despertarlo.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre

### Prácticas de autocuidado para prevenir VIH/SIDA y VHC

322	Al inyectarme hago cosas para evitar que me pegue el VIH/SIDA.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
323	Al inyectarme hago cosas para evitar que me pegue Hepatitis C.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
324	Tengo mis propias erres y no uso las de otros.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
325	No suelo compartir con otros mis materiales de inyección como el cacharro, el cuquer o el filtro.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
326	Levanto agua o dosis del mismo recipiente que mis compañeros.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
327	Cuando me veo obligado a usar las jeringas de otros, las lavo con agua y cloro.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
328	Cuando me veo obligado a usar las jeringas de otros, las lavo también con agua hervida.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
329	Cuando estoy con un compa que se ve enfermo, evito compartir la erre y cuquers.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
330	También lavo las jeringas y otros utensilios de inyección con alcohol.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
331	Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja siempre uso condón.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
332	Cuando tengo relaciones sexuales con otras personas que no sean mi pareja siempre uso condón.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre

### Hábitos de sueño y alimentación

333	¿Cuántas horas diarias duermes?	1. Menos de 5 horas	2. Entre 6 y 8 horas.	3. 9 horas o más	
334	Durante mis horas de sueño duermo ininterrumpidamente.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre

335	Duelmo solamente de noche.	0. Nunca	1. Menos de la mitad de las veces	2. Más de la mitad de las veces	3. Siempre
336	¿Cuántas veces al día te alimentas?	1. Una vez al día	2. Dos veces al día	3. Tres veces al día	4. 5 veces al día
337	¿Cuántos litros de líquidos consumes al día?	1. Menos de 1 litro	2. Entre 1 y 2 litros	3. Entre 2 y 3 litros	
338	¿Con que frecuencia semanal puedes asearte?	1. Diariamente	2. De 1-3 días	3. De 4-6 días	4. Dificilmente se asea (pasa la semana sin aseo)
<p><b><i>Estas fueron todas las preguntas de la encuesta. Muchas gracias por tu ayuda, esto nos servirá mucho y nos da la posibilidad de crear actividades de salud para ayudar a prevenir los daños y riesgos que viven quienes están enganchados.</i></b></p>					
<p><b><i>Si tienes algún comentario final, o algo que quisieras agregar lo consideraremos con gusto</i></b></p> <p>Escribir comentario:</p>					

Instrumento de elaboración propia.