

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**EXPERIENCIAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL EN MUJERES USUARIAS
DE DROGAS INYECTABLES CON EXPERIENCIA DE EMBARAZO EN MEXICALI, BAJA
CALIFORNIA**

TESIS REALIZADA EN EL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL
PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

PLESS. GRISELL MONGE ONTIVEROS

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA

CO-DIRECTOR DE TESIS

DR. GEU SALOMÉ MENDOZA CATALÁN

CO-DIRECTORA METODOLÓGICA DE TESIS

DRA. YOLANDA VIRIDIANA CHÁVEZ FLORES

Índice

Capítulo 1

Introducción.....	3
Justificación.....	9
Objetivo General y Específicos.....	10
Marco normativo y conceptual.....	11
Concepto de Meudi.....	12

Capítulo 2

Metodología.....	13
Criterios de selección de población.....	13
Criterios de inclusión.....	13
Criterios de exclusión.....	13
Muestreo y muestra.....	13
Procedimiento de recolección de datos.....	14
Instrumentos de recolección de información.....	14
Plan de análisis.....	15
Consideraciones éticas.....	15

Capítulo 3

Resultados.....	17
Experiencias de Embarazo en meudi.....	18

Capítulo 4

Discusión.....	25
Conclusiones.....	26

Limitantes.....	26
Guión de entrevista semiestructurada.....	27
Bibliografía.....	28

Capítulo 1

Introducción

Las mujeres embarazadas o que han estado embarazadas usuarias de drogas inyectables (MEUDIS) experimentan múltiples barreras para acceder a los servicios de salud y de salud sexual y reproductiva (SSyR) principalmente por el estigma y los procesos protocolarios que derivan después de que un profesional de la salud les identifica como mujeres usuarias de drogas inyectables (MUDIS). Las MEUDIS suelen ser más vulnerables a una serie de perjuicios derivados del consumo, centrados en sus capacidades de reproducción y crianza, especialmente cuando la experiencia incluye un embarazo, que generalmente al contacto con las instituciones de salud concluye en la sustracción del producto una vez que nace por parte de las autoridades competentes (Díez et al., 2020).

Las MUDIS enfrentan desigualdades de género y en especial son más vulnerables a consecuencias tanto médicas como jurídicas, económicas y sociales, también son vulnerables a ser violentadas, ya que son estigmatizadas incluso por los mismos usuarios de drogas por el hecho de ser mujeres (Arpa, 2017). Un estudio realizado en 2019 en el Hospital Materno Infantil (HMI) de Mexicali Baja California muestra que se cubre de cierta manera o se le niega la atención médica al grupo que se compone de MEUDIS en los servicios de SSyR, por ello es importante documentar las experiencias de las MEUDIS para identificar barreras y facilitadores que ayuden a proponer estrategias para garantizar el acceso a la salud de este grupo (Reynoso, 2020).

En 2021, aproximadamente 275 millones de personas en todo el mundo reportaron consumir drogas y alrededor de 36 millones padecieron trastornos mentales derivados a ello, declaró la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2021). Según estimaciones, la cantidad de MUDIS oscila entre el 10%, más del 30% en algunas partes de Europa, y ronda el 20% en Europa oriental, Asia central y América Latina. Del 10-20% en partes de África, 20% en China y Vietnam, y más o menos 10% en algunas partes de Asia. Además,

algunas encuestas mencionan que la proporción de mujeres que consumen drogas en general va en aumento (UNODC, 2014).

La ONU realizó un nuevo estudio en el año 2022 donde indica que 11.2 millones de personas se inyectan drogas, no indica una cifra en mujeres pero menciona que el consumo va en aumento (ONU 2022). En México, la prevalencia del consumo de drogas es de 10.3% en la población de 12 a 65 años, con un consumo en hombres de 16.2% y en mujeres de 4.8%, mientras que el consumo de drogas que consideran ilegales alguna vez en su vida fue de 9.9% (EBCO, 2018). Las drogas que se consideran ilegales más consumidas en el estado de Baja California fueron la marihuana, cocaína y metanfetaminas (Salazar Páez, 2012). En el año 2000 la ciudad de Mexicali se encontró en el segundo puesto en cuanto al consumo de drogas inyectables (heroína) con el 58% de consumo en su población, siendo Cd. Juárez el primer lugar con un 69% (Linares, 2003).

A nivel mundial entre los años 2020 y 2021 más de 11 millones de personas eran personas usuarias de drogas inyectables (PUDIS), siendo los opioides la mayor parte de este consumo (UNODC 2021). Dentro de las drogas inyectables, cuyo consumo va en aumento así como sus consecuencias es el fentanilo. El fentanilo es un opioide muy potente que desde el año 2013 ha sido el causante del aumento de muertes por sobredosis. El consumo del fentanilo también es un tema importante, pues es un opioide sintético 50 veces más fuerte que la heroína y 100 veces más fuerte que la morfina, pero existen algunos análogos como el carfentanilo que es 10,000 veces más potente y contribuye fuertemente en sobredosis. (Bergh et al., 2021). Algunas estadísticas muestran que el uso de drogas inyectables es un fenómeno que ocurre con más frecuencia en lugares con una larga tradición de uso de opiáceos. No obstante, el uso de drogas inyectables ya está presente en países de todos los niveles de desarrollo, orientación religiosa o constitución política o están en constante crecimiento (Mondragón et al., 2006).

Algunos estudios en relación al consumo de drogas señalan que las mujeres registran tasas de mortalidad más altas que los hombres. Las drogas inyectables perturban el ciclo menstrual de las mujeres por lo que es posible que les provoque amenorrea secundaria y las exponga a riesgos de embarazos imprevistos y pueden no ser conscientes que están embarazadas

y tarden en solicitar atención prenatal y se presenten los problemas con el producto también (García et al., 2012).

El consumo de drogas inyectables tiene diversas consecuencias para la salud, como la adquisición del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), VHC (Virus de la Hepatitis C) y Sífilis por compartir jeringas entre personas usuarias. Uno de cada 10 diagnósticos de infección por VIH son en PUDIS (Center for Diseases and Control [CDC], 2019). La inyección de drogas es una de las maneras más efectivas de transmisión del VIH con un 0.63%-2.4% de probabilidad de transmisión (Ovalle et al., 2020). En Baja California en el año 2021, 11,960 mujeres embarazadas fueron diagnosticadas con el VIH. Las mujeres tienen una mayor facilidad de contagio frente al VIH y el sida, biológicamente y culturalmente esto se agrava si consumen drogas inyectables (Mondragon & Rodriguez, 2009). Es importante resaltar que las MUDIS suelen ser muy desfavorecidas, marginadas, discriminadas de manera social, económica, política y se les dificulta aún más el acceso a los servicios de atención y prevención de enfermedades (OMS, 2017). El consumo de drogas inyectables provoca aproximadamente el 30% de las infecciones por el VIH y origina en gran manera a la epidemia de las hepatitis B y C en todas las regiones del mundo. Alrededor de 10 millones de personas usuarias de drogas inyectables han adquirido el virus de la hepatitis C cuyo tratamiento resulta muy costoso incluso para los países más ricos (OMS, 2018).

El uso compartido de jeringas entre otros suministros para la inyección pone en mayor riesgo de contraer el virus así como el VHC. El 62.5% de los PUDIS están diagnosticados con el VHC (CDC, 2016). En el año 2019 la OMS declaró que en todo el mundo aproximadamente 16 millones de personas usaban drogas inyectables cada año de las cuales 399,000 perdían la vida por causa del VHC. Entonces, el uso compartido de jeringas expone pequeñas cantidades de sangre, es por ello que los índices de infecciones y transmisión de enfermedades por uso compartido de jeringas para consumir las drogas inyectables alcanzan el 80% (García et al., 2019).

A nivel mundial el VHC es la infección que más enfermedades y muerte causa, afectando cerca de 71 millones de personas. La OMS estima que al año hay 1.75 millones de casos nuevos

(Solorio, 2021). En México se estima que alrededor de 600,000 personas padecen del VHC y no lo saben (Gallego, 2019). El estado de Baja California ocupó el primer lugar en casos de personas con el VHC de todo el país según la secretaria de salud. Este suceso se dictaminó principalmente por que los PUDIS comparten jeringas y 9 de cada 10 usuarios que padecen el VHC no saben que portan el virus (Arellano, 2019).

En el año 2010 el Sistema de Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) dio a conocer que en México solo 27 mujeres usuarias fueron contagiadas por Sífilis derivado al uso de drogas inyectables (García et al., 2012). Entre el año 2013 al 2017 en Estados Unidos el consumo de drogas así como de drogas inyectables fue un factor de riesgo crítico de infección por sífilis. Las mujeres embarazadas también muestran negación en cuanto a buscar atención prenatal o someterse a pruebas de sífilis por miedo al tipo de trato por parte del personal (CDC, 2019).

En todo el mundo, las MUDIS están sujetas a procesos de estigmatización, vulnerabilidad, marginación y un alto riesgo de contraer enfermedades como VIH, Hepatitis B y C. Las MUDIS descubren que sus necesidades específicas no se reconocen ni las abordan lo que concluye a que los servicios no tienen en cuenta las cuestiones de género. A menudo, las MUDIS tienen un acceso nulo o muy limitado a los servicios de salud en general, así como programas para la reducción de daños. Las MUDIS consideran ser excluidas de los programas e intervenciones que existen para reducir daños ya que dichos programas en su mayoría están diseñados exclusivamente para los hombres que también se inyectan drogas (UNODC, 2014).

La estigmatización y el rechazo social que soportan las mujeres que usan drogas, y en particular las MUDIS se traducen en un menor apoyo social o familiar, mayor aislamiento y ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superar su situación. Uno de los factores asociados a la vulnerabilidad en la que se encuentran estas mujeres son la baja autoestima, la soledad y las prácticas de riesgo como lo son los eventos en lo que participan (inyectarse drogas junto a más personas) así como factores socioeconómicos, comunitarios como es la participación de la familia en el consumo de drogas y los conflictos con la pareja. También hace hincapié a los factores de nivel estructural como la discriminación, las políticas y las leyes a las que se está

sometido hoy en día. Mencionan también en la literatura de estos autores que, los factores más recurrentes son la violencia física y sexual que disminuyen la capacidad de proteger su propia salud y comienzan a negociar las prácticas de inyección. (Arpa, 2017;Falcón, 200;Folch et al., 2021; UN Women, 2014).

El consumo problemático de drogas en mujeres embarazadas manifiesta una creciente preocupación por el aumento del consumo de las drogas en dicha población y tal estigmatización social cae sobre las madres usuarias que están desorientadas por reportes del personal de salud al encargarse de estos casos. Este fenómeno que se cataloga como un problema a nivel mundial, ciertos organismos internacionales señalan que los patrones del consumo están cambiando ya que apuntan a que el consumo de las drogas lleguen cada vez más a edades más tempranas (Diez et al., 2020).

Dentro de las experiencias adversas de las MEUDIS son, que son criminalizadas, por lo cual después del parto suelen perder la custodia de sus hijos o hijas, es por ello que se desaniman y desalientan para acceder a los servicios de salud (UNODC, 2014). La violencia que viven las MUDIS en las instituciones de salud se expresa de muy diversas maneras: la negación de la entrada a las instalaciones por su apariencia física, la no atención por falta de documento de identidad, altos tiempos de espera, la no entrega de medicamentos esenciales para el dolor, tratamientos antirretroviral y/o tratamiento para la hepatitis C, los regaños por el uso de drogas inyectables, la alusión a sus malas condiciones de higiene, la negligencia al momento de realizar procedimientos, las esterilizaciones forzadas y la separación de sus hijxs, entre otros (Folch et al., 2021). Las drogas inyectables perturban el ciclo menstrual de las mujeres por lo que es posible que les provoque amenorrea secundaria y las exponga a riesgos de embarazos imprevistos y pueden no ser conscientes que están embarazadas y tardan en solicitar atención prenatal y vengan los problemas con el producto también. (García et al., 2012).

De aquí se desprenden roles estereotipados que son asignados a las mujeres, como el ser afectivas, intuitivas, sumisas, maternales, preocupadas por los otros. Según estudios realizados por la OMS en diversos países, se ha encontrado que en comparación con los hombres, las mujeres con problemas de uso de drogas que se someten a un tratamiento poseen las siguientes

características: son más jóvenes, sus estudios e ingresos con menores, tienden menos a estar empleadas, viven solas o tienen problemas con la justicia; tienden más a ser amas de casa, casadas, con hijxs que viven con ellas, una pareja que consume drogas, iniciarse por esta persona en el consumo de sustancias y drogas inyectables, tener una pareja sexual con la cual comparte la prácticas de inyectarse drogas, tener problemas laborales, familiares o sociales, tener problemas de salud, con historia familiar de alcoholismo u otras adicciones; tener un diagnóstico de usuaria de drogas únicamente, pero no a las drogas y al alcohol, que sea menos el lapso entre su iniciación a la drogas y el comienzo de su tratamiento como usuaria (ONU, 2005; Gonzalez, 2005)

Existe la violencia hacia las mujeres que con problemas con drogas dificulta en gran manera el acceso y permanencia en los tratamientos, sumando el hecho que tanto desde la red de atención a las mujeres que son violentadas, como desde la red de atención a las MUDIS, ha sido complicado incorporar una doble visión a las subordinadas y la violencia en los protocolos de atención. (Folch et al., 2021, Lipsky et al., 2010; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

La mayoría de los casos de mujeres que son detenidas por causa de las drogas han sido por posesión de pequeñas cantidades sin intenciones de venderlas, la mayoría de las mujeres no han cometido algún delito violento. En América Latina las mujeres que son detenidas y encarceladas se convierten por primera vez en “delincuentes” por motivos de las drogas y dado a que las mujeres son las responsables del hogar y los hijxs, el encarcelamiento por tiempos prolongados resulta en hijxs acompañando a sus madres en la prisión o terminan en la calle (UNODC, 2014).

Cuando las MUDIS dejan de consumir por algún tiempo la sustancia, refieren una serie de padecimientos: debilidad, cansancio, dolor de cabeza, dolor de huesos, ansiedad, escalofríos, también se conocen como padecimientos causados por la denominada malilla**. Sin embargo, también refieren que las consecuencias al consumir dichas drogas están: el vomitar sangre, hepatitis C, infección en el área de la inyección, fiebre, pérdida de peso, calambres entre otros ya mencionados. Una de las principales enfermedades son la Hepatitis B y C a su vez también las ITS (infección de transmisión sexual); refieren que al haber tenido relaciones sexuales sin

protección presentaron granos en genitales, comezón, ardor, enrojecimiento, verrugas, flujo blanco y úlceras que padecieron sin conocer o identificar el nombre de la ITS (García et al., 2012).

JUSTIFICACIÓN

Realizando la búsqueda de diversas fuentes y artículos con la finalidad de confirmar, conocer y analizar la problemática que vive esta población coinciden que las MEUDIS definitivamente viven complicaciones para acceder a una adecuada atención de salud sexual y reproductiva.

La presente investigación es realizada y enfocada para conocer las diferentes experiencias que han tenido las MEUDIS al acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSYR). El motivo de trabajar en este tema de investigación fue como profesional de enfermería, explorar las experiencias de las MEUDIS, sobre cuál es el trato que reciben y cómo es que se sienten al respecto al tipo de atención que se les da o dio al acudir a un SSYR en relación al embarazo. Es necesario explorar la evolución o cambios que ha habido en el acceso a los SSYR de las MEUDIS maltratadas y discriminadas por el personal de salud en los servicios de atención médica

Por ello, es relevante conocer sobre la problemática y analizarla desde una perspectiva de derechos humanos, puesto que casi no se ha documentado evidencia acerca de este tema. Esto permitiría buscar y/o sugerir estrategias para hacer un cambio y mejorar la atención de salud a estas mujeres que también tienen derecho a una adecuada y de calidad, atención médica como cualquier otra mujer que no use drogas.

Objetivo general:

- Analizar las experiencias en el acceso a servicios de SSYR de MEUDIS que han vivido, están viviendo o desean vivir un embarazo, desde una mirada cualitativa.

Objetivos específicos:

- Identificar las barreras y facilitadores para acceder a los SSYR.
- Describir las experiencias de las MEUDIS en relación con el protocolo de atención a la salud institucional.

Marco normativo y conceptual

La NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones establece procedimientos y criterios para la atención integral de adicciones. En México esta Norma es de carácter obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud y en todos los establecimientos públicos, sociales y privados para realizar actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social para reducir daños, investigar, capacitar, enseñar y/o control de adicciones. Se toman los 4 conceptos rectores de la NOM para el presente proyecto de investigación.

Consumo de sustancia psicoactiva: Es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso central.

Educación para la salud: Es el proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y modificar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Personas usuarias de drogas inyectables: Es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de cualquier sustancia psicotrópicas. Al hacer mención de esta Norma a la palabra usuaria, se entenderá a personas tanto de sexo masculino como del femenino.

Reducción del daño: Es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo, limitar los daños asociados a consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/SIDA, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectables, formación de grupo interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectables.

MEUDI: Mujer Embarazada Usuaria de Drogas Inyectables

Capítulo 2

Metodología

Tipo de estudio

En este capítulo se redacta la metodología en cuanto al tipo de estudio, criterios de selección del muestreo y muestra, procedimiento de la recolección de los datos, herramientas de recolección de la información, plan de análisis y las consideraciones éticas. Se tratará de un estudio de tipo cualitativo, dirigido al análisis de las experiencias de mujeres que están embarazadas o han tenido un embarazo y que son usuarias de drogas inyectables en relación al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la ciudad de Mexicali Baja California.

Criterios de selección de población

Criterios de inclusión:

Mujeres que hayan tenido un embarazo, que estén embarazadas usuarias de drogas inyectables mayores de 18 años. No se tendrá un límite de tiempo en cuanto al estado del embarazo. De acuerdo al tipo de estudio se incluirán otras personas clave que hagan aportaciones a la construcción del fenómeno, por ejemplo, líderes de organizaciones de la sociedad civil como VERTER AC que es una organización que se encarga de dar acompañamiento a MEUDIS.

Criterios de exclusión

Mujeres que estuvieron embarazadas, pero sufrieron un aborto voluntario o involuntario.

Muestreo y muestra

Se utilizará a través de técnicas de muestreo de bola de nieve el cual implica identificar actores o actrices clave en el fenómeno y a partir de ellos empezar a contactar a nuevas personas participantes que a su vez inviten a otras personas una técnica no probabilística en la que se busca y selecciona a una población en específico para su estudio y con ayuda de organizaciones civiles para la ubicación o detección de mujeres embarazadas usuarias de drogas inyectables así como el número obtenido de la población.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitaron las autorizaciones del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, una vez obtenidos los dictámenes de aprobado se procedió al contacto con las Organizaciones de la Sociedad Civil y a la identificación de personas actoras clave para explicarles el proyecto de investigación y tener su consentimiento y autorización para establecer fecha, día, hora y lugar para la entrevista. Se buscó que el lugar de la entrevista fuera elegido por las personas participantes, una vez concretado el lugar de la entrevista se les explicó el propósito del proyecto y todo lo que implicaba, se les compartió un consentimiento informado escrito donde se explica todos los detalles de manera verbal y se les entregó una copia del consentimiento informado donde venía el contacto de ambos comités en caso de cualquier duda, aclaración, queja o bien alguna sugerencia. Posteriormente, se inició con la entrevista de antemano se le explicó a las personas que podían detener la entrevista y retirarse del estudio sin ningún tipo de repercusión así como detener la entrevista y establecer fecha para otro día para continuar. Después de finalizar la entrevista, se invitó a la persona a invitar a otras personas a participar, se transcribió la entrevista y se analizó.

Instrumentos de recolección de información

Para este estudio se realizó la entrevista semiestructurada para la recolección de la información la cual incluyó 3 apartados. El primero constó de las características sociodemográficas donde se preguntó la edad, lugar de procedencia, nivel de escolaridad, inicio de vida sexual, orientación sexual, estado civil, lugar de vivienda, cuántas personas viven con ella y que parentesco tienen y el puesto que desempeña en caso de tener empleo.

Información relacionada al embarazo ya fuera vivido o actual, cuando estuvo embarazada, edad de su primer embarazo, sexo del bebé, semanas de gestación, síntomas propios del embarazo, control prenatal, cuántos hijos tiene y cómo fue su etapa en los embarazos anteriores en caso de haber.

Se desarrollaron preguntas que tienen que ver con la experiencia del embarazo en cuanto a sentimientos y accesos a los servicios de salud como la experiencia de sus embarazos en el acceso a los SSYR, experiencia de su último embarazo, relación con su entorno social, laboral y familiar, negligencias o malas prácticas recibidas en las instituciones de salud.

Plan de análisis

El análisis de la información se realizó posterior a la transcripción verbatimium y se utilizó el análisis temático, el cual incluye la identificación y agrupación de categorías y subcategorías para dar sentido a las experiencias de las mujeres (Taylor y Bogdan, 1992).

Consideraciones éticas

En caso de que una de las participantes tuviera alguna crisis emocional se planeó canalizar con la organización social VERTER ya que cuenta con una psicóloga para dar contención. Este proyecto de investigación se realizó basado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (gob.mx). La elaboración de este proyecto de investigación atendió aspectos éticos que garantizaron la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

ARTÍCULO 1.- Se incluyó el artículo #1 que tiene por objetivo realizar el trabajo de investigación y dar cumplimiento a la Ley General de Salud tocante a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado.

ARTÍCULO 2.- En lo que concierne este artículo, cuando se mencione la “ley” la “secretaría” y a la “investigación”, será referida a la ley, a la Salud y a la investigación para la Salud.

ARTÍCULO 3.- Los fines de este artículo comprende el desarrollo de acciones que aportan:

Conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, la prevención y el control de los problemas de salud, los métodos que se

recomiendan para la prestación de servicios de salud, y la producción de insumos para salud.

ARTÍCULO 7.- En base a este artículo, la coordinación de investigación, dentro del campo del Sistema Nacional de Salud, en los términos de las Leyes aplicables, de este Reglamento y demás disposiciones;

Establece y conduce la política nacional en Materia de Investigación en Salud, en los términos de las Leyes aplicables, de este Reglamento, promueve actividades de investigación dentro de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, impulsa la desconcentración y descentralización de actividades investigativas, determina la periodicidad y las características de información sobre investigación en salud que deben proporcionar las dependencias y las entidades que la realicen, apoya la coordinación entre instituciones de salud y educativas para impulsar actividades e investigación.

ARTÍCULO 13.- En este artículo se muestra que al ser sujeto de estudio en el trabajo de investigación, la responsabilidad será mantener el criterio de respeto, dignidad así como protección de los derechos humanos y bienestar, asimismo haciendo del estudio un lugar donde puedan sentir la confianza de responder a la entrevista y no se sientan atacadas, juzgadas o discriminadas.

ARTÍCULO 16.- Este artículo consiste en que la prioridad debe ser proteger la privacidad del sujeto de estudio, identificándola únicamente si los resultados lo indican y se tenga la debida autorización.

ARTÍCULO 17.- Este artículo menciona que se considera como riesgo de investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. La categoría que se efectúa en este artículo es el siguiente:

Investigación con riesgo mínimo: En este proyecto se emplearán técnicas y métodos de investigación en los que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las personas que participaran en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que se identifique no se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Capítulo 3

Resultados

En este capítulo, con la información obtenida se redactan los resultados obtenidos de las 3 entrevistas realizadas (Tabla 1). Las personas entrevistadas fueron una MUDI con experiencia de embarazo utilizando drogas inyectables, y dos personas informantes clave pertenecientes a una organización de la sociedad civil en Mexicali. La organización realiza actividades de reducción de daños como, intercambio de jeringas, pruebas rápidas de fentanilo, pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis C. Asimismo, realizan acompañamientos para conectar con servicios de salud públicos y de justicia. Mediante el análisis se identificaron dos categorías: Experiencias de embarazo en Mudis y acceso a servicios de salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas participantes

Código	Rol	Edad	Sexo
Mudi-45-M	Mujer usuaria de drogas inyectables	45	M
IC-42-H	Líder de asociación civil que trabaja con Pudi (Informante clave)	42	H
IC-45-M	Líder de asociación civil que trabaja con Pudi (Informante clave)	45	M

Experiencias de embarazo en Meudis

Las personas informantes clave comparten que los embarazos que les ha tocado acompañar son de personas entre 22 y hasta 38 o 39 años, mientras que la mujer usuaria comenta que su primer embarazo de 6 lo tuvo a los 16 años. Para ella en particular su primer embarazo tuvo significaciones asociadas a la libertad:

[...] pues no tengo mamá y papá. La primera [embarazo] fue de que se acababa de morir mi mamá, tenía un año que se había muerto mi mamá y luego salí embarazada porque me fui con el novio, y pues estaba bien contenta porque ya no iba a estar sola porque iba a tener una baby [Mudi-45-m].

Las personas informantes clave refirieron haber acompañado a MEUDIS desde el 2013, cada año entre 1 o 2 casos, con un total aproximado de embarazos y 3 abortos. Los embarazos en MUDI suelen estar caracterizados por la presencia de ITS como sífilis, hepatitis C y VIH, que esta asociada con el compartir jeringas con otras Pudis, esto lo comenta el IC-42-H *“Hepatitis C y algunas sífilis, la mayoría sífilis y el total Hepatitis C, o sea, todas Hepatitis C y como un 50 o 60% sífilis también”*. Por su parte la participante comparte *“Tengo Hepatitis C por las agujas que uso y me salió una... ¿Cómo se llama pa’ la inyección que me pusiste? ¡Sífilis!”*

Con respecto a las parejas sexuales, se identifica que algunas MUDIS tienen parejas estables que como en el caso de la participante en este estudio, su pareja es una red de apoyo importante:

Muy bien, mi esposo me tiene mucha paciencia, él también usa [drogas inyectables], tenemos 21 años de casados y nunca me ha pegado, no me grita, me tiene mucha paciencia. Es muy corajudo, pero en las calles y eso pero en la casa es muy diferente.

Las personas informantes clave compartieron que no en todos los casos la MEUDIS tienen redes de apoyo, ya que generalmente pierden los vínculos con familia y suelen experimentar los embarazos en soledad:

La mayoría no tenía apegos ni vínculos con su familia nuclear y socialmente también tenían muchos problemas porque no estaban vinculadas con escuela, trabajo o una casa y no eran favorecidas tampoco con un programa social, entonces en ese sentido estaban solas [IC-42-H].

Regularmente estas mujeres no tienen una red familiar o una red de apoyo o por lo menos las que acuden aquí a nuestros servicios de alguna forma damos algún tipo de acompañamiento o bien, si pueden tener familias, pero no están cerca con ellas no tienen la red de apoyo están solas porque son de otras ciudades u otros estados

[IC-45-M].

Acceso a servicios de salud

El apoyo de la pareja resulta importante y clave para llevar a término el último embarazo, el cual lo caracteriza en un ambiente fronterizo, ya que ella al ser ciudadana de Estados Unidos tiene el seguro médico en ese país, sin embargo, tiene dinámicas de tránsito entre Estados Unidos y México, específicamente Mexicali donde accede a los servicios que otorga Verter. La participante comenta que se empezó atendiendo en una clínica de El Centro en California:

Hasta mi último bebé fue cuando empecé a usar las drogas, de ese baby nomás use jeringas. Los primeros 3 meses andaba usando, pero luego y luego fui a hacerme una prueba de embarazo y me dijeron que estaba embarazada y me dijo el Dr. que si lo quería tener o lo quería abortar y le dije que no que lo quería tener. Fue mi esposo conmigo y le dijimos que no, que lo queríamos tener y ya le dije que estaba usando [drogas] y me dijo que ok entonces va a tener que... y voltea a ver a mi

esposo y le dijo 'la vamos a tener que desintoxicar' y que cada vez usara solo sea la mitad de lo que normalmente usaba [dosis] y que si me ponía mala ósea una malilla que me diera poquito más porque el niño con una malilla mía se podía morir. Así me dijo el Dr. so [entonces] así me desintoxicó los primero 3 meses y después los 2 caímos a la cárcel y salí cuando tenía 7 meses y en esos meses no use, ya no use hasta que tenía como 2 años mi niño cuando volví a empezar a usar, pero los primeros 3 meses de embarazo sólo use y de ahí (cárcel en EUA) me llevaron a la clínica y todo y me trataban muy bien las oficiales y todos se portaban bien conmigo.

La participante relató que, aunque ella pensaba que la iban a discriminar o estigmatizar en la cárcel y servicios de salud, encontró todo lo contrario, al mismo tiempo que en su expediente marcaban su embarazo como de alto riesgo:

En mi expediente tenían ‘*high risk pregnancy*’ [embarazo de alto riesgo] que era un embarazo de alto riesgo porque tenía más de 35 SDG y pues estaba usando drogas y como quien dice me chiqueaban más y más me cuidaban.

En el contexto mexicano se tejen otro tipo de experiencias entre servicios de salud y MEUDIS, LASA personas informantes clave compartieron algunas experiencias de acompañamiento en relación con la atención de embarazo y parto que experimentaron algunas usuarias de los servicios de Verter, caracterizadas principalmente por la falta de acceso a los servicios de salud públicos locales para la atención pre, post natal y durante el parto:

[...] regularme no acceden a ningún servicio de salud ni cuidado prenatal, regularmente ya llegan al materno si es en el hospital donde van a tener al bebé y llegan cuando ya están a punto de parir. Nosotros cuando damos el acompañamiento buscamos eso, que vayan a los cuidados prenatales como estas primeras consultas y ahí es cuando hemos logrado que vayan a estos cuidados

prenatales. Regularmente acuden a lugares privados si es que tienen el dinero como para un ultrasonido [IC-45-M]

[...] muchas fueron al materno infantil, prácticamente llegaron de emergencia ya a parir, no tuvieron ningún control en sus anteriores embarazos o en el embarazo que les atendimos e iban directamente al materno infantil como el lugar donde se habían atendido por primera vez alguna cuestión de salud [...] recuerdo mucho una que parió en una casa abandonada, ahí digamos hizo labores de parto, ahí tuvo al bebé y la ambulancia solamente le retiró la placenta, le ayudó con el cordón umbilical y se fue y la dejaron con el bebé. Entonces ella por ejemplo, ni siquiera [llegó] al materno infantil solo a la ambulancia fue a lo que ella accedió [IC-42-H].

Regularmente las MEUDIS se enteran del embarazo cuando ya tienen varias semanas de gestación, debido a los estilos de vida y cómo esto puede afectar sus periodos menstruales:

[...] se enteran del embarazo hasta que ya lo tienen avanzado, a veces a los 4 meses inclusive me tocó una chica que se enteró a los 5 meses porque por su contexto de consumo, la alimentación, el estilo de vida y son muy delgadas [...] regularmente tienen periodos prolongados en los que dejan de menstruar entonces como tenían mucho que no les bajaba y de repente se enteran que están embarazadas y esto es por el consumo de las sustancias, regularmente la heroína provoca algunos cambios físicos en los que las mujeres deja de menstruar por mucho tiempo. [IC-45-M]

El miedo a la sustracción del bebé una vez que nace y se las identifican como MUDIS, es crucial en la toma de decisiones de estas mujeres y sus parejas, llegando a evitar los servicios de salud para la atención del embarazo y a transitar a otras ciudades para evitarlo:

[...] me acuerdo de otra hace 2 años que hizo todo lo posible para no ir al materno infantil, porque como era usuaria de drogas inyectables llevaba 8 meses y estaba en activo, tenía sífilis, era

portadora de VIH y estaba en tratamiento entonces ella sabía que le iban a quitar a su hijo. Entonces hizo todo lo posible para no ir al materno infantil y pagó un servicio privado en otra ciudad. Ahorró, hizo su plan, buscó con su pareja estable un hospital en otra ciudad al sur de México en Obregón, Sonora y ahí fue donde hizo sus labores de parto y después regresó. Entonces ni siquiera a los servicios de salud oficiales [llegó] solamente vino a los nuestros, le ayudamos con un tratamiento por algunas cuestiones [ITS; IC-42-H].

Del mismo caso que recuerda el IC-42-H, se identifica que parte de la falta de atención en salud durante el embarazo, se pueden presentar serias consecuencias en la salud del recién nacido:

Tiempo después salió con infección en los ojos [el bebé] por la sífilis y ya después la perdimos porque se [...] porque incluso no le hicieron [al bebé] ni siquiera la prueba de VIH y de sífilis ni de un tratamiento y en un lugar privado por protocolo se debería de hacer en una embarazada, y tener una total desconfianza en los servicios de salud aquí en Mexicali nunca pueda irse, más que aquí a pesar de que se le dio acompañamiento, se le dio toda la información para fuera y después vino con el bebé y el bebé desde que lo trajo, tenía días de nacido y ya tenía infección en los ojos, tenía secreciones de pus [...]

Las narrativas dejan ver que el estigma por el uso de drogas se encarna en los servicios de salud, mediante protocolos y discursos de profesionales de salud, hasta en las formas de atender a las MEUDIS:

[...] las identifican luego, luego como consumidoras y les hacen antidoping solo por las marcas del cuerpo, los tatuajes o por una simple pregunta y las hacen sentir como culpables por el hecho de consumir drogas las hacen sentir ajenas o como que no merecen los servicios de salud y tampoco que no merecen la maternidad, entonces se crea una desconfianza entre esta relación a partir del

trato que reciben por parte de los prestadores y prestadoras de los servicios de salud. Y no hay alternativas para el tratamiento cuando una persona está embarazada pero también es difícil dejar las drogas cuando estas en el mundo de las drogas entonces no hay un tratamiento efectivo que ayude a que deje las drogas no solamente es dejar las drogas por dejarlas hacerle todo un tratamiento adecuado que esté pegado a los tratamientos internacionales y los tratados internacionales, recomendaciones y lo más adecuado para las personas con dependencia de opioides es un tratamiento sustitutivo entonces aquí no hay manera que les ofrezcan un tratamiento sustitutivo y más aún cuando cerraron las clínicas de metadona el año pasado [IC-42-H].

[...] las estigmatizan mucho las criminalizan ósea de hecho esta es una limitante para que ellas no vayan a los servicios de cuidados prenatales, porque lo primero que van hacer desde su experiencia lo que nos han contado es regañarlas porque les dicen que ‘cómo es posible que estés consumiendo drogas si estas embarazada’, ‘no te importa la salud del bebé’, entonces es un regaño o las quieren obligar a que dejen de consumir y ya cuando llegan, inclusive cuando ya van a parir pues es la misma situación de un mal trato desde que llegan durante todo el periodo que están ahí en el proceso del parto y después de, la atención es muy mala, las criminalizan mucho, las estigmatizan, son tratos crueles. Inclusive muchas prefieren ir a lugares privados.

De las recomendaciones que hacen directamente a la mejora en la atención en salud de MUDIS:

[...] que haya protocolos de atención o sea, no es no haya, he platicado con personas que trabajan en el hospital y que hablan que hay un protocolo y debe haberlos para la atención a mujeres consumidoras de sustancias pero por ej. en estos protocolos se deben cumplir entre las acciones de cuidado debe ser atender el síndrome de abstinencia que es de las cosas que más sufren además del maltrato todo esto, cuando ellas están con el síndrome de abstinencia después de varias horas de ingresar, no les dan ningún analgésico o algo y obviamente deben ser analgésicos fuertes porque

por el síndrome de abstinencia por consumo de opioides es muy doloroso para una persona es muy doloroso es un dolor muy fuerte y eso es lo que las obliga regularmente a escaparse y salirse del hospital porque realmente salen huyendo para conseguir la sustancia porque el síndrome de abstinencia es muy doloroso y la persona lo que busca es mitigar ese dolor y buscar consumir y entonces salen de ahí, se tienen que escapar prácticamente huyendo y cuando regresan las acusan de abandono de sus hijos y obviamente no tienen derechos y de hecho desde que las identifican y aunque se queden ahí todo el tiempo que tengan que quedarse, pierden contacto inclusive muchas hablan que nunca tuvieron el contacto físico con sus hijos o sea ni siquiera les dejaron como esa parte del castigo tenerlos con ellas un ratito y esa parte es tan importante tanto para el bebé como para ella, o sea de ahí directamente a los cuneros pero pues muchas no pueden cumplir con esos requisitos y ir a visitarlos, llevarle cosas y les dicen y tienes que traerles esto y esto y tienes que traer leche y pañales y una mujer que está en situación de calle y luego el hospital está super lejos, llegar hasta allá conseguir todo, las cuestiones del tiempo es muy complicado entonces ya no logran salir entonces después se van al DIF y jamás vuelven a tener contacto, a menos que un familiar sea quien se quede con el bebé y pueda recuperarlo. Entonces en todas esas cuestiones sí es muy importante concientizar.

Capítulo 4

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo conocer experiencias vividas de MEUDIS desde la usuaria hasta los miembros de la sociedad civil que han acompañado a estas mujeres en el acceso a los servicios de salud y facilitando tratamientos de ITS a lo largo de los 10 años que tiene fundada esta organización.

Dentro de los hallazgos principales están la poca empatía, respeto y la deshumanización por parte de personal de salud al dejar inclusive a su suerte a las mujeres usuarias por el estigma que presentan hacia ellas, los regaños por su aspecto físico por el uso de drogas inyectables y el querer hasta obligarlas a que dejen de consumirlas. Lo que provoca que no quieran acceder a ningún servicio de salud público y buscar maneras de acceder a los servicios de salud privado o huir de la ciudad o estado.

En un estudio previo (Martínez, 2020), realizado en las mujeres-madres usuarias de drogas inyectables durante el embarazo, parto y puerperio, las MUDIS reciben un desaprovecho por parte del personal de salud al acceder a un servicio igual que en este estudio, donde incluso las ponen en segundo plano por sobre las no usuarias que por su aspecto físico “normal” no reciben una mala atención. Se observó que las experiencias en ambos trabajos de investigación son muy similares ya que relatan el estigma, la discriminación, la criminalización y la mala atención en las instituciones de salud, lo que provoca un resentimiento en la usuaria y tomar la determinación de querer abandonar el servicio y no volver a acceder a ningún otro servicio de salud.

En las entrevistas se hace mención a la discriminación debido al aspecto físico de la usuaria por parte del personal de salud pero también por parte de las otras madres que se encuentran en el nosocomio para también tener su trabajo de parto, señalando que ellas deben tener un trato diferenciado de las MUDIS ya que hay un imaginario social hacia ellas que las cataloga como que serán malas madres y que sus hijos tendrán carencias económicas, educativas y morales. En ambos trabajos de investigación se permite observar la importancia que el personal de salud emite ante el aspecto físico y en base a ello dar un buen trato o un mal trato y lo catalogan como trato digno o indigno (Martínez, 2020).

Con base en estos resultados, es importante considerar capacitación continua en el personal de salud en atención a MEUDIS, el trato digno, humanizado y el abordaje de los estigmas sociales en esta población. Además, considerar mejorar o establecer protocolos de atención a MEUDIS que permitan a las mujeres acudir a control prenatal, trabajo de parto o cualquier otro servicio que se requiera.

Conclusiones

Para finalizar este documento me permito resaltar la importancia de prestar un servicio digno y humanizado a mujeres embarazadas usuarias drogas inyectables, si bien no es nuevo el uso de drogas inyectables o cualquier otra sustancia en mujeres, tener un trato digno si lo es, mediante mi experiencia como autora de este trabajo y las experiencias de las personas de apoyo miembros de la organización de la sociedad civil Verter A.C se puede obtener un enfoque claro de las experiencias de esta población de estudio.

Limitantes

Las limitantes que se presentaron durante el estudio fue el tiempo que se podía invertir, la población escasa que llegaba en horarios donde no me encontraba aún en el lugar, para la realización de las entrevistas ya que era una población que no era posible como tal ir a buscarlas porque de manera diaria iban por material de inyección, pero en horarios diferentes y no sería posible, la mayoría horario matutino y yo la autora del estudio trabajo en horario matutino.

Anexo A

Guión de entrevista semiestructurada(mujer)

¿Has tenido experiencias desagradables en el acceso a la atención médica? ¿cuales?

¿Durante tu embarazo o embarazos cuál ha sido tu experiencia en los servicios de atención médica?

¿Cómo ha sido tu embarazo, que has experimentado?

¿Cómo fue tu último embarazo?

Durante tu embarazo, ¿cómo ha sido tu relación familiar y social?

¿Algo que le gustaría agregar a esta entrevista?

Se explica el propósito de la entrevista, se les comenta que toda la información será confidencial y estará bajo resguardo y nadie salvo la autora de la tesis y los directores de tesis tendrán acceso a ella.

BIBLIOGRAFÍA

- Diez. M, Vissicchio. F, Amendolaro. R, Barla. J, Muniz. A, Arrua. L, (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina.
- CDC Español. (2019, 2 de diciembre). *El VIH y el consumo de drogas inyectables* . Centros de Control y Prevención de Enfermedades.
- Rodríguez, CM, Bárcenas, HB, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (México), Instituto Nacional de Salud Pública (México). (2009). *VIH/SIDA y salud pública: manual para personal de salud* . Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.
- CDC. *El consumo de drogas inyectables y el riesgo de infección por el VIH* . (2022, 15 de marzo). cdc.gov. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/idu.html>
- Hernández, LJ, Ocampo, J., Ríos, D., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)* , 19 (3), 393–395.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>
- Lévano, S., & Cecilia, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit Revista Peruana de Psicología*, 13(13), 71–78.
- Carisio, E. (2019, 18 de febrero). *Qué es el análisis de datos cualitativos y cómo se realiza* . #ADNNUBE; Nube de medios.

Ediciones paidós Ibérica, S.A., Mariano Cubi, 92 - 08021 Barcelona y Editorial Paidós, SAICF, Defensa, 599 - Buenos aires

Marangoni, S. R., Gavioli, A., Dias, L. E., & Oliveira, M. L. F. de. (2022). Consumo de drogas de abuso durante la gravidez por método de rastreamiento oportunistico. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79282>

Miotto Wright, MDAG (2002). La contribución de la enfermería frente al fenómeno de las drogas y la violencia en América Latina: Un proceso de construcción. *Ciencia y Enfermería (Impresa)* , 8 (2), 09–19. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532002000200002>

Martínez Reynoso, P. N. (2020). Ser heroína: entre el control y la regulación. narrativas en torno al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva durante el embarazo, parto y puerperio, en mujeres-madres usuarias de drogas inyectables, en la ciudad de Mexicali, Baja California