

Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud

Female Drug Users and Their Health Problems

Esquivel García G,* Ortiz Ruiz L,* Ortiz Mondragón R.*

* Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Ciudad de México. Ciudad de México, Secretaría de Salud.(México)

Correspondencia: Maestra Georgina García Esquivel. Correo electrónico: esquivelgarcia72@gmail.com
Recibido: 04-08-11 Aceptado:07-12-11

Este artículo forma parte del proyecto financiado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2002-2003. Agradecemos el apoyo a todas las personas que participaron en el trabajo de campo, a los programas estatales de VIH/SIDA/ITS de Sinaloa, Chihuahua y Coahuila.

Resumen

Objetivo. Explorar y analizar las complicaciones a la salud de mujeres usuarias de drogas inyectadas en la frontera norte de México. **Material y métodos.** Estudio cualitativo donde se realizaron 11 entrevistas en profundidad a mujeres usuarias de drogas inyectadas en tres estados del país. **Resultados.** Cuando las usuarias de drogas dejan de consumir por algún tiempo la sustancia puede aparecer el síndrome de abstinencia caracterizado por una serie de malestares a la salud: debilidad, cansancio, dolor de cabeza, dolor de huesos, ansiedad, escalofríos, etcétera. Dentro del grupo de entrevistadas expresaron infección de hepatitis B y C. Aunque no saben si han padecido alguna ITS, mencionaron sintomatología como: granos en genitales, comezón, ardor, flujo blanco, verrugas y úlceras que presentaron, sin mencionar o identificar estos síntomas como una ITS. Para aliviar estos malestares acudieron al servicio médico para someterse a algún tratamiento. **Conclusiones.** Trabajar desde un enfoque de género permite analizar la problemática de las mujeres teniendo en cuenta sus condiciones de vida y su propia subjetividad. Es necesario también que durante el proceso de rehabilitación se contemple la salud sexual de las usuarias, los posibles cambios en la relación consigo misma, con su cuerpo, con los y las demás. Dentro de los programas específicos de salud, dirigido a mujeres usuarias de drogas, además de incorporar la perspectiva de género se deben considerar las estrategias de reducción del daño, que son prioritarias para prevenir padecimientos graves a la salud como VHB-C, alguna ITS y/o VIH/SIDA.

Palabras clave: Mujeres, drogas inyectadas, salud, Hepatitis B, C y VIH/SIDA/ITS

Abstract

Objective: Explore and analyze the health complications of female injection drug users in northern Mexico border. **Material and methods:** Qualitative study conducted 11 in depth interviews with women injecting drug users in three states. **Results:** When drug users stop using the substance for so-

me time, may appear withdrawal characterized by a series of health ailments, weakness, fatigue, headache, bone pain, anxiety, chills, and so on. Within the group of interviewees expressed infection of hepatitis B and C. Although they do not know if they had any STI, symptoms mentioned as: pimples on genitals, burning, white discharge, warts and ulcers that had, not to mention or identify these symptoms as an STI. To alleviate these pains went to the medical service to undergo some treatment. **Conclusions.** Working from a gender perspective to analyze the problems of women given their lives and their own subjectivity. It is also necessary during the rehabilitation process is envisaged sexual health of users, potential changes in the relationship with herself, her body, and with others. Among the specific health programs aimed at female drug users, in addition to incorporating a gender perspective should be considered harm reduction strategies, which are a priority to prevent serious health conditions such as HBV-C, an STI and / or HIV / AIDS.

Key words: Women, injected drugs, health, Hepatitis B, C and HIV / AIDS / STI

Introducción

El consumo de drogas inyectables es una práctica ampliamente difundida. * En el año 2008 esta práctica se realizaba en 148 países que representaban el 95% del total de la población mundial.¹ En México el uso de drogas inyectables como la heroína y la cocaína están principalmente difundidas en la frontera norte, en estos lugares el acceso a estas sustancias las hace más utilizadas.

La Encuesta Nacional de Adicciones refirió que la cocaína era una de las sustancias preferidas por la población. El consumo de cocaína aumentó de 1.2% en 2002 a 2.4% en el 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones. Asimismo, se estima que en el año 2002 el número de usuarios de heroína en el país fue de 62,292 con una proporción de seis hombres por cada mujer, acrecentándose su consumo para el 2008 a 106,939 con una razón de 10 hombres por cada mujer.^{1,2}

En términos generales el consumo adictivo de la heroína y la cocaína representa un verdadero problema de salud pública que no sólo causa muertes, sufrimiento personal y familiar, sino que también implica un alto costo para la sociedad en general y, particularmente, para el sistema de salud. La asociación existente entre el uso de cocaína y heroína inyectadas y las infecciones como la hepatitis B, C y VIH/Sida – cuyo contagio se explica por compartir jeringas y otros equipos de inyección, una vez utilizados por personas infectadas- ha puesto de manifiesto la gravedad de este problema de salud pública.^{3,4} Ortiz⁵ ha señalado que ésta no es la única fuente de riesgo de infecciones; manifiesta que las mujeres usuarias de cocaína, crack y heroína también pueden exponerse a un alto riesgo de transmisión sexual si venden o intercambian relaciones sexuales -sin protección- por drogas.

* En este trabajo se utilizarán las palabras *uso o consumo* como sinónimo. El uso de drogas trata del fenómeno de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas.

Los autores señalan la presencia de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres usuarias de drogas, aumenta el riesgo de contraer y/o transmitir el VIH. Se afirma además, que los índices de enfermedades como tricomoniasis, gonorrea y sífilis son más elevados entre las mujeres, lo cual podría facilitar que el VIH ingrese al organismo (ver tabla I).

Tabla I. Casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual, 2010

Infecciones de Transmisión Sexual	Mujeres	Tasa	Hombres	Tasa	General	Tasa
Tricomoniasis urogenital	121,257	219.8	3,053	5.7	124,310	114.7
VPH	30,249	54.8	1,268	2.4	31,517	29.1
VIH	1,335	2.4	3,714	7.0	5,049	4.7
Herpes genital	1,239	2.2	1,314	2.5	2,553	2.4
Sífilis adquirida	1,196	2.2	964	1.8	2,160	2.0
Infección gonocócica	935	1.7	503	0.9	1,438	1.3
Chancro blanco	374	0.7	234	0.4	608	0.6
Hepatitis B	256	0.5	567	1.1	823	0.8
Linfogranuloma venéreo	230	0.4	111	0.2	341	0.3
Sífilis congénita	27	0.0	35	0.1	62	0.1

Fuente: SS/CENAVECE/DGE/ Sistema único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Datos definitivos 2010. CONAPO/Proyecciones/De la población de México 2005-2050. (www.conapo.gob.mx).

No obstante las implicaciones que para la salud tiene el uso de drogas inyectables, en el caso de las mujeres, existen otro tipo de problemas relacionados con su género. Algunos estudios señalan que las mujeres registran tasas de mortalidad más altas que los hombres. La cocaína y la heroína perturban el ciclo menstrual de las mujeres por lo que es posible que la heroína les provoque amenorrea secundaria y las exponga al riesgo de embarazos imprevistos; asimismo, pueden no ser conscientes de que están embarazadas y tal vez tardan en solicitar atención prenatal.³

Si bien el consumo de drogas ilegales implica una serie de malestares a la salud para todos los usuarios, en el caso de las mujeres, conlleva una carga emocional y de rechazo social por su rol todavía predominante en nuestras sociedades como: esposa, dependiente y cuidadora. Usar una sustancia ilegal significa para las mujeres no sólo ser estigmatizadas por su uso, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe de ser el “comportamiento femenino”. Incluso entre los propios usuarios de drogas, las mujeres consumidoras generan rechazo, de manera que estos manifiestan su preferencia por parejas femeninas no consumidoras. Las mujeres usuarias de drogas inyectables (UDI) son rechazadas doblemente, por trasgredir los roles “femeninos clásicos” y por su relación con la ilegalidad al estar involucradas con el tráfico de drogas, riñas en vía pública y robo en entre otra violaciones a la ley.^{6,7}

Para llevar a cabo el presente trabajo se empleó como marco conceptual la perspectiva de género.^{8,9} Aplicar la perspectiva de género al ámbito de los estudios sobre el uso de drogas, supone atender la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sus---

tancias psicoactivas. El género es una perspectiva metodológica, un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender la diferencia. En este sentido nuestro objetivo fue explorar las complicaciones a la salud de las mujeres usuarias de drogas inyectadas en la frontera norte, con el fin de incidir en la atención a la salud y la rehabilitación del uso de drogas desde una perspectiva de género.

Material y Métodos

Como instrumento para recopilar la información se utilizó una guía de entrevista, cuyo objetivo fue motivar la narración libre de la informante sobre sus propias experiencias en cuanto al uso de drogas; relaciones familiares y de pareja; aspectos de salud; hábitos sexuales; conocimiento del VIH/SIDA y otras ITS.

En los años 2002 y 2003 se obtuvo información en tres centros de rehabilitación por consumo de drogas, localizados en tres estados de la frontera norte de México: Sinaloa, Chihuahua y Coahuila.

Para tener acceso a las entrevistadas se solicitó autorización a los directores de dichos centros, precisando el propósito de la investigación. Una vez que se obtuvo el permiso, se invitó abiertamente a las mujeres que se encontraban en rehabilitación, a participar en el estudio. El diálogo quedó registrado en su totalidad (con previa autorización y firma del consentimiento informado de las participantes) en audiograbación y fue transcrito en procesador de palabras. Como guía teórica para el análisis de la información se utilizó la metodología cualitativa^{10,11} además de que, desde la perspectiva de género se abordaron los significados que las mujeres atribuyeron al uso de drogas a partir de su propia subjetividad. En total se logró trabajar con un grupo de once mujeres entre 17 y 42 años de edad.

Los criterios de inclusión fueron: ser consumidoras o haber consumido alguna droga inyectada en el transcurso de su vida, estar en rehabilitación en el momento de la entrevista, aceptar participar en la investigación y firmar el consentimiento informado. Con el propósito de respetar la confidencialidad de las mujeres, para referir sus testimonios, en ningún momento se registraron datos de identificación. En el presente trabajo se utilizan seudónimos.

Resultados

Los resultados de este estudio están organizados en cuatro temas centrales con el objetivo de analizar a partir de estos los problemas de salud, la incidencia en la atención a la misma y la rehabilitación del uso de drogas desde una perspectiva de género: el consumo de drogas; el ejercicio de la sexualidad; los problemas de salud y el conocimiento sobre el VIH/SIDA e ITS. Las características sociodemográficas de las participantes se presentan en la Tabla II AyB.

* Los centros de rehabilitación para consumo de drogas referidos son asociaciones civiles integradas por sujetos ex-usuarios de drogas, que atienden a individuos usuarios de sustancias psicoactivas; generalmente ofrecen servicios gratuitos.¹² Los centros de rehabilitación a los que se acudió para realizar el trabajo de campo son: 1) Comunidad terapéutica para mujeres del DIF en el estado de Sinaloa. 2) Grupo AMAR en el estado de Chihuahua y 3) Casa de rescate Clamores del Barrio en el estado de Coahuila.

Tabla II. Características sociodemográficas de mujeres usuarias de drogas inyectables (A)

Variables	Mujeres
Edad en años	
17 – 21	3
22 - 26	4
27 - 31	-
32 - 36	1
37 o más	3
Total	11
Educación	
Algunos años de primaria	2
Secundaria	3
Preparatoria	2
Universidad inconclusa	1
No específica	3
Total	11
Estado civil	
Casada	1
Unión libre	6
Soltera	2
Viuda	2
Total	11
Número de hijos	
Ninguno	3
Hijos fallecidos	1
Menores de 18 años	3
Mayores de 18 años	1
Mayores y menores de 18 años	2
Embarazada	1
Total	11
Empleos ejercidos	
Nunca ha trabajado	1
Prostitución	2
Empleada federal	1
Empleada doméstica	2
Empleada en comercios	2
Bailarina y cantinera	1
Profesora	1
Mesera y narcotraficante	1
Total	11

El consumo de drogas

Antes de ingresar a un plan de rehabilitación las participantes eran consumidoras de alguna droga inyectada: cocaína, heroína, o ambas drogas combinadas, ver Tabla III.

Tabla II. Características sociodemográficas de mujeres usuarias de drogas inyectables (B)

<i>Variables</i>	<i>Mujeres</i>
Seguridad social	
Si	-
No	11
Total	11
Tiempo de consumo de drogas desde su inicio	
1 – 5 años	3
6 – 10 años	3
11 – 15 años	2
16 – 20 años	2
Más de 21 años	1
Total	11
Tiempo de consumo de drogas inyectadas	
1 – 5 años	6
6 – 10 años	2
11 – 15 años	2
16 – 20 años	-
Más de 21 años	1
Total	11
Rehabilitación	
1 vez	5
2 veces	3
3 veces	2
4 veces	1
Total	11

Más de la mitad de las mujeres iniciaron el consumo de drogas durante la adolescencia entre los 11 y 16 años de edad, el resto lo hizo después de los 18 años. Las drogas de inicio más sobresalientes fueron: la mariguana, el *resistol* y “pastillas tóxicas”. En menor cantidad se registraron los inhalantes, el tabaco, alcohol, cocaína y drogas médicas; de estas drogas el siguiente salto fue el consumo inyectado. Las principales drogas que se inyectaron fueron: heroína y cocaína, algunas consumidoras combinaban ambas drogas para obtener un mayor efecto.

Tabla III. Edad de inicio en el consumo de drogas y tipos de drogas que han consumido

Nombre	Edad de inicio de drogas	Drogas inicio	Edad en que se inyectó	la. Droga que se inyectó	Drogas que han consumido	Última droga de consumo
Rosa *	19 años	Mariguana pastillas tóxicas	y 20 años	Espacil	Mariguana, pastillas tóxicas, cocaína y heroína	Cocaína inhalada
Alicia	21 años	Cocaína	23 años	Cocaína	Mariguana, psicotrópicos, coca, cocaína y cristal	Cocaína
Bertha	13 años	Resistol	14 años	Heroína cocaína	y Resistol, tabaco y heroína	Heroína
Carla	18 años	Mariguana	36 años	Cocaína heroína	y Mariguana, cristal, cocaína y heroína	Cocaína y heroína
Diana	14 años	Inhalantes	17 años	Heroína cocaína	y Inhalantes, mariguana, cocaína y heroína	Heroína y cocaína
Eloisa	18 años	Alcohol tabaco	y 24 años	Cocaína heroína	y Alcohol, tabaco, cocaína y heroína	Cocaína y heroína
Fernanda	11 años	Alcohol	15 años	Cocaína	Alcohol, mariguana, cocaína y heroína	Cocaína
Gabriela	16 años	Mariguana	24 años	Cocaína	Mariguana, alcohol, cocaína y heroína	Heroína
Irma	13 años	Resistol pastillas	y 13 años	Heroína	Resistol, pastillas, pastas, cocaína y heroína	Heroína y cocaína
Juana	21 años	Drogas médicas	24 años	Heroína	Alcohol, drogas médicas (valion, renol, rigotril y exotal) mariguana, cocaína y heroína	Heroína
Laura	13 años	Resistol	16 años	Heroína	Resistol, mariguana y heroína	Heroína

* Seudónimo

El efecto y los motivos de la primera droga inyectada

Entre los motivos por los cuales iniciaron esta práctica, sobresalen los siguientes: *curiosidad, empatía/solidaridad, sentir suave, pertenecer a algo, evadir la realidad, por antojo y por depresión*. Al inicio del consumo de drogas inyectadas, las usuarias consumían esporádicamente, pero con el tiempo se fueron haciendo tolerantes y la necesidad de la siguiente dosis acortó los tiempos de consumo, lo cual, convirtió su cotidianidad en “vivir para la droga”, como lo refirieron Alicia e Irma.

El fenómeno de la tolerancia se expresa cuando a dosis similares a la anteriormente consumida, la usuaria no obtiene los mismos efectos porque la misma cantidad de droga consumida disminuye sus efectos con el tiempo, por ello, buscan aumentar o repetir las dosis con más frecuencia ya que su correlato inmediato es un síndrome de abstinencia que tratan de evitar.

Adquirir la dosis de la droga preferida implica un costo monetario. Aunque la mayoría de las mujeres manifestaron tener algún empleo (Ver tabla II A) ante la pregunta: *¿cómo obtenías el dinero para comprar la sustancia?* Sobresale: el trabajo sexual, seguido por el robo, pedir limosna y trabajar.

Compartir la jeringa

Al explorar si las entrevistadas compartían jeringas para administrarse la droga, se encontró que todas compartieron al menos una vez la jeringa con algún amigo, amiga, pareja o hermano; algunas incluso llegaron a compartir la jeringa en lugares denominados “picaderos” **.

Algunas llegaron a enjuagar la jeringa con cloro con la creencia que, de esa manera estaría libre de todo virus. Heimer y Abdala, estiman que si no se lleva un lavado adecuado de jeringas,¹³ la vida del VIH en una jeringa puede exceder las seis semanas, dependiendo de la cantidad de sangre, las condiciones ambientales de temperatura y almacenaje.¹⁴

Algunas consecuencias por el consumo de drogas

La vida de las mujeres usuarias de drogas está rodeada por una serie de adversidades producto de esta situación: problemas con la pareja o algún familiar. Rechazo de la familia y amigos. El sufrimiento que les causan a sus hijos por ser adictos a determinada sustancia. Robarle a algún familiar. Engañar, traicionar a la familia o bien abandonar a la madre a los hijos y a la pareja.

Aún cuando las mujeres tienen pérdidas materiales, no obstante, lo que más las afecta son las pérdidas afectivas, y sobre todo, la pérdida de los hijos (as), sin embargo, algunas de ellas aun sabiéndose embarazadas continúan con el consumo. De las 11 mujeres entrevistadas ocho tuvieron hijos, de éstas, siete continuaron el consumo de drogas durante sus embarazos. Sólo una de ellas no consumió durante los nueve meses de gestación.

El abuso de drogas puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de una mujer. Sin embargo, todas las mujeres de este estudio se encontraban en edad de procrear, tenían entre 17 y 42 años de edad. El consumo de drogas durante el embarazo puede causar bajo peso del recién nacido, parto prematuro y desnutrición. Algunas de estas consecuencias se deben al estilo de vida que lleva consigo el consumo de sustancias, como la mala alimentación, la falta de atención médica y social y la presencia de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la hepatitis, que pueden agravar todos los efectos directos de dicho consumo en la salud de la madre y el feto.¹⁵

**“Picaderos” es un término utilizado por quienes usan drogas inyectables que hace referencia a sitios donde acuden personas a inyectarse drogas. Pueden ser viviendas habitadas, abandonadas, construcciones en obra negra, terrenos baldíos, inclusive parques y otros sitios públicos. En esos sitios se comparten jeringas contaminadas, se puede adquirir drogas, ofrecer y obtener trabajo sexual o descansar, básicamente.

El ejercicio de la sexualidad

El inicio de la vida sexual de este grupo de mujeres osciló entre los 12 y los 19 años. Durante los períodos de consumo, la mayoría realizaba trabajo sexual con el fin de obtener dinero para la siguiente dosis de droga o en su defecto la misma droga como pago por su servicio. Aunque la mayoría manifestó vivir en unión libre o estar casada, algunas intercambiaban sexo por dinero o droga sin importar su estado civil. En cuanto al uso del condón en sus relaciones sexuales, algunas dijeron haberlo usado, otras no lo habían usado nunca. Posiblemente existía en las mujeres que no usaban el condón -e intercambiaban sexo por dinero o droga- la percepción de que al no ser profesionales, no tenían que usar condón por no identificarse como trabajadoras sexuales.

Los problemas de salud

Cuando las usuarias de drogas dejan de consumir por algún tiempo la sustancia, refieren una serie de padecimientos: debilidad, cansancio, dolor de cabeza, dolor de huesos, ansiedad, escalofríos, etc. Padecimientos causados por la denominada malilla ***. Asimismo, al explorar el estado de salud de las mujeres en el momento de la rehabilitación, todas refirieron tener algún malestar relacionado con el consumo de drogas (Tabla IV). Además de los padecimientos propios de la malilla, algunas describieron infección en la parte del cuerpo donde se habían inyectado, debido al inadecuado procedimiento.

Tabla IV. Padecimientos relacionados al uso de drogas inyectadas

<i>Nombre</i>	<i>Padecimientos</i>	<i>Servicios de salud a los que acudieron</i>
<i>Rosa *</i>	Debilidad, cansancio.	Cruz Roja
<i>Alicia</i>	Dolor de huesos, dolor de cabeza, nervios, insomnio, pérdida de peso.	Médico particular
<i>Bertha</i>	Dolor de huesos, nervios, insomnio, calentura, dolor de cabeza, gripa, tos, bronquitis.	Cruz Roja
<i>Carla</i>	Fiebre, ansiedad, depresión, gripa.	Hospital
<i>Diana</i>	Infección de la pierna.	Cruz Roja
<i>Eloisa</i>	Cansancio, dolor de huesos, fatiga, posibilidad de tener VIH.	Hospital
<i>Fernanda</i>	Diarrea, vómito, caída de pelo, infección en una pierna, hepatitis B, fiebres puerperales, un legrado.	Hospital
<i>Gaby</i>	Escalofríos, ansiedad, depresión, hepatitis C.	Hospital
<i>Irma</i>	Vomitir sangre, hepatitis C.	Hospital
<i>Juana</i>	Pérdida de peso, dolor de huesos, vómito, escalofríos, sudor, calambres	Médico particular
<i>Laura</i>	Diarrea, gripa, dolor de huesos, vómito	Médico particular

*Seudónimo

Otra de las infecciones comunes asociadas al uso de drogas inyectadas y por llevar a cabo relaciones sexuales con varias parejas sin protección es la hepatitis B o C.¹⁶ Dentro del grupo de entrevistadas se encontró que una de las mujeres padece hepatitis B y dos adquirieron la hepatitis C.

Conocimiento sobre el VIH/SIDA e ITS

Aunque la mayoría de las entrevistadas refirieron tener conocimiento sobre el VIH/SIDA, se observó que dicha información era mínima y en ocasiones errónea. Los *centros de salud, la penitenciaría, el hospital, la familia, los amigos, la escuela, los libros, los folletos y la televisión* fueron las fuentes de información a través de las cuales habían adquirido los conocimientos sobre VIH/SIDA.

Algunas mujeres señalaron no haber padecido alguna infección de transmisión sexual (ITS), aunque mencionaron conocer la gonorrea y la sífilis padecida por otras personas. Otras manifestaron desconocer si habían padecido alguna ITS. Tres de ellas expresaron la sintomatología como: *granos en genitales, comezón, ardor, flujo blanco, verrugas y úlceras que padecieron sin mencionar o identificar el nombre de la ITS*. Para aliviar estos malestares acudieron al servicio médico para someterse a algún tratamiento.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se pudo identificar que las mujeres UDI, se encontraban continuamente desprotegidas de los cuidados y servicios de salud durante su adicción y que por diferentes motivos dejan de acudir a servicios médicos de rutina, para recibir prevención o tratamientos oportunos por algún padecimiento.

Acudir a los servicios de salud se hizo indispensable cuando las constantes inyecciones de droga mal practicadas, les ocasionaron infecciones graves, por lo que los síntomas de la “malilla” acentuaban el malestar. En los servicios de salud recibieron la atención y descubrieron otros padecimientos graves que en algunos casos -ellas no identificaban- y que pudieron ser la causa final para acudir a un servicio de salud.

Vale la pena señalar que diferentes comportamientos como: *compartir jeringas contaminadas; no realizar una adecuada técnica de lavado de las mismas; tener varias parejas sexuales -en su mayoría hombres-* y realizar trabajo sexual como medio para subsistir y sin el uso de un preservativo, llevaron a las mujeres de este estudio a diversos riesgos a la salud que abarcaron desde la transmisión de la infección del VIH, el Virus de hepatitis B y C o alguna ITS, situación que también señalan otros estudios.^{18,19}

En relación con el uso del condón en las relaciones sexuales, se observó que usarlo fue difícil, dado que la mayoría de las ocasiones las mujeres se encontraban con malestares de “malilla” y lo que deseaban era inyectarse la siguiente dosis.

*** “Malilla”. Es un término coloquial que hace referencia al síndrome denominado abstinencia, el cual aparece ante la falta de droga en el organismo del individuo que ya tiene una dependencia física.¹⁷

Podríamos decir que las mujeres que usan drogas ilegales son rechazadas doblemente por contraponerse al “comportamiento femenino” y por su relación con la ilegalidad.²⁰ Ante el consumo de las mujeres es preciso reflexionar sobre condicionantes como la mayor invisibilidad de su consumo y los daños a la salud. Por lo tanto, se requiere trabajar desde un enfoque de género que permita analizar la problemática de las mujeres UDI teniendo en cuenta sus condiciones de vida y su propia subjetividad.

Durante el proceso de rehabilitación se debe contemplar la salud sexual de las usuarias, los posibles cambios en la relación consigo misma, con su cuerpo, con los y las demás, sin importar que la sexualidad se haya relegado a un segundo plano o convertido en un medio para obtener la sustancia de consumo. Asimismo se deberían identificar puntualmente las recaídas.

Agradecimientos

Un reconocimiento especial al doctor *Carlos Magis* por la invitación a colaborar como parte del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA en este proyecto. A las mujeres que nos compartieron sus testimonios.

Referencias

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas. Nueva York: Naciones Unidas; 2009.
Disponible en: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/World_Drug_Report_2009_spanish.pdf.
2. Secretaría de Salud. México. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
3. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Nueva York: Naciones Unidas; 2005.
4. Román O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva* 2008; 4(3):301-18.
5. Ortiz R, Magis C, Ortiz L y Esquivel G. Entre el hogar y la jeringa: Mujeres usuarias de drogas inyectables y VIH/SIDA en la ciudad de Chihuahua, México. *Boletín Género y Salud* 2009; 7(3):3-14.
6. Esquivel G. Entre la aguja y las relaciones sexuales: Un análisis del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables en el municipio de San Pedro de las Colonias, en el estado de Coahuila, México. [Tesis de licenciatura]. México. Escuela Nacional de Antropología e Historia; 2003.
7. Llopis JJ, Castillo A, Rebullida Mo, & Stocco P. Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas* 2005; 5(2):37-157.
8. Lamas M. Editora y compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG/Miguel Ángel Porrúa; 1996.
9. Lamas M. Cuerpo: diferencia sexual y género. México: Taurus; 2002.
10. Taylor, Steve & Robert Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós. 1984.
11. Álvarez-Gayou JJ. Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós; 2003.

12. Esquivel G. La religión en las estrategias de usuarios de drogas y la prevención del VIH/SIDA. X Congreso Latinoamericano sobre Religión y Etnicidad Chiapas 5-9 de julio de 2004. México: 2004.
13. Secretaría de Salud. VIH/SIDA. Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; 2008.
14. Heimer R, & Abdala R. Viability of HIV-1 in Syringes: Implications for Interventions Among Injection Drug Users. *The AIDS Reader* 2000; 10(7):410-17.
15. Fischer G. Special issues in services for pregnant and parenting women, ponencia. En la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Women's Drug Treatment: Lessons Learned; Viena del 15 a 17 de diciembre de 2003.
16. Faye-White E, Garfein RS, Brouwer KC, Lozada R, Ramos R, Fiirestone-Cruz M, *et al.* Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the U.S. *Salud Publica Mex* 2007;49:165-172.
17. Cravioto P. Epidemiología del consumo de las drogas psicoactivas y la heroína. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno; 2001.
18. Magis C, Brouwer C, Morales S, Gayet C, Lozada R, Ortiz R, *et al.* HIV Prevalence and Correlates of Receptive Needle Sharing Among Injection Drug Users in the Mexican-U.S. Border City of Tijuana. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2005; 37(3):333-339.
19. Strathdee S, Lozada R, Pollini R, Brouwer K, Mantsios A, Abramovitz D, *et al.* Individual, Social, and Environmental Influences Associated With HIV Infection Among Injection Drug Users in Tijuana, Mexico for Proyecto El Cuete. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 2008;47:369-376.
20. Curtis-Boles H. & Jenkins-Monroe V. Substance Abuse in African American Women. *Journal of Black Psychology* 2000; 26(4):450-69.