

Género y toxicodependencia

Análisis de la utilización femenina de drogas en la Pósdescriminalización.

Carlos Ariel Escudero Nuñez

Orientadora: Dra. Maria da Luz Ramos



Disertación para obtención de grado de Mestre en Sociología

Lisboa
2019

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

Folha de Rosto

Género y Toxicodependencia

Análisis de la utilización femenina de drogas en la Pósdescriminalización.

Carlos Ariel Escudero Nuñez

Orientadora: Dra. Maria da Luz Ramos

Disertación para obtención de grado de Mestre en Sociología

Juri:

Presidente:

-Doutora Anália Maria Cardoso Torres.

Vogais:

-Doutora Dália Maria de Sousa Gonçalves da Costa.

-Doutora Maria da Luz Ramos.

Lisboa

2019

AGRADECIMIENTOS

Al Comité de Ética del DICAD-ARS/LVT.

A la Dra. Sofia Albuquerque, coordinadora del área de disuasión del SICAD.

A la coordinadora de proyectos del GAT; Adriana Curado, y a Magda Ferreira, mediadora de pares.

A la Dra. Susana Cardoso, con la cual compartí información por correo electrónico.

Al personal técnico del Taipa: Dra. Rosa Castro, Dra. Fernanda Brum, Dra. Ana Paula, a la Dra. Esther Casada, y al Dr. Miguel Vasconcelos, director del Taipa, por la disponibilidad y la ayuda.

A mi orientadora de tesis, Profesora María da Luz Ramos, por la asesoría y el tiempo proporcionado, el cual ha sido valioso para el desarrollo de este proyecto.

A la exembajadora de Panamá en Portugal, Ilka Varela de Barés, y al personal consular de Panamá en Portugal.

Al programa de formación profesional de la Secretaria Nacional de Ciencia y Tecnología SENACYT-IFARHU, del gobierno de la república de Panamá.

Por último y no menos importante, a todas las mujeres entrevistadas que compartieron sus experiencias, angustias y alegrías, durante los meses de marzo a mayo.

Resumo:

Mudanças nos padrões de uso de drogas nos últimos anos mostraram um aumento na prevalência e dependência das mulheres com o uso de drogas, com consequências, em alguns casos, maiores que as do consumo masculino. O consumo feminino de drogas tem sido mais frequente em idades mais jovens, com exceção dos últimos anos, em que se constatou que as razões que levariam uma mulher a usar estupefacientes ter-se-iam alterado; não seriam apenas por prazer e curiosidade, mas também por necessidade de libertação e posicionamento no contexto social. Constata-se, igualmente, que mais mulheres estariam a recorrer às vulgarmente designadas “drogas pesadas” (cocaína, heroína, por exemplo), embora a maior prevalência continuasse a ser no domínio das chamadas “drogas leves”, como álcool, tabaco e marijuana ou haxixe. A estrutura de papéis socialmente construída, por seu lado, origina uma dupla recriminação das consumidoras, por comportamentos que seriam contrários aos padrões esperados.

Esta pesquisa busca conhecer de forma descritiva a situação do uso ou utilização de drogas em mulheres com idade entre 31 e 55 anos. Foram entrevistadas 17 mulheres no centro de desintoxicação da Taipa, este centro foi escolhido porque é um dos pioneiros em tratamentos a nível nacional, se utilizo entrevistas semiestruturadas e uma seleção sequencial não probabilística, com o método bola de neve. Algumas das considerações obtidas seriam, que o consumo permaneceria maioritariamente masculino, com as consequências de violência que isso traz para as mulheres, por outro lado, fatores como violência doméstica, carga de trabalho e perda do trabalho, estresse diário e novas demandas na mudança de rotinas seriam mecanismo que estariam levando a perda do medo do consumo, como mecanismo paliativo. No entanto, o ser discriminado, estigmatizada é muitas vezes um forte elemento que as marca emocional e socialmente.

Palavras chaves: Género, Toxicodependência, Interseccionalidade, Violência, Pósdescriminalização.

Abstract:

Changes in drug use patterns in recent years have shown an increase in women's prevalence and dependence on drug use, with consequences, in some cases, greater than those of male use. Female drug use has been more frequent at younger ages, with the exception of recent years, where it was found that the reasons that would lead a woman to use narcotic drugs would have changed; It would not only be for pleasure and curiosity, but also for the need for liberation and positioning in the social context. It is also noted that more women would be resorting to the so-called "hard drugs" (cocaine, heroin, for example), although the higher prevalence remained in the so-called "soft drugs" such as alcohol, tobacco and marijuana. or hashish. The socially constructed role structure, in turn, leads to a double reproach on female consumers for behaviors that would be contrary to expected standards.

This research seeks to know descriptively the situation of drug use or use in women aged 31 to 55 years. Seventeen women were interviewed at the Taipa detox center, this center was chosen because it is one of the pioneers in national treatment, using semi-structured interviews and a non-probabilistic sequential selection with the snowball method. Some of the considerations obtained would be that consumption would remain mostly male, with the consequences of violence that this brings to women, on the other hand, factors such as domestic violence, workload and lost work, daily stress and new demands on routines would be a mechanism that would lead to the loss of fear of consumption as a palliative mechanism. However, being discriminated, stigmatized is often a strong element that marks them emotionally and socially.

Keys words: Gender, Toxicodependence, Intersectionality, Violence, Post-decriminalization.

INTRODUCCIÓN.....	1
I- PROBLEMÁTICA.....	4
1. Contextualización del fenómeno de la toxicodependencia y su problemática social....	4
2. El Contexto Portugués después de la descriminalización del consumo de drogas.....	7
II – GÉNERO Y TOXICDEPENDENCIA.....	12
1. Las mujeres y el consumo de drogas.....	12
2. Particularidades de la toxicodependencia femenina.....	14
3. Prostitución, estigmatización, violencia y poder.....	17
4. Una mirada al consumo femenino desde la interseccionalidad.....	19
III – METODOLOGIA.....	22
1. Encuadramiento metodológico.....	22
2. Objeto de estudio.....	24
3. Dimensiones de análisis.....	25
4. Abordaje de las entrevistadas.....	25
5. Limitaciones en la investigación.....	26
5.1. Procedimientos administrativos y comité de ética.....	26
5.2. Lenguaje “simple” y diferencias culturales.....	26
5.3. Estableciendo confianza o “rapport”.....	27
5.4. Desarrollando una “Grelha” para las entrevistas.....	27
IV – PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS.....	28
1. Caracterización sociodemográfica.....	28
2. Categorización.....	31
3. Discusión de los resultados.....	41
CONSIDERACIONES FINALES.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	58
APÉNDICES.....	65
A. Guia de entrevista.....	66

B. Consentimiento Informado.....	69
C. Declaración de compromiso del profesional de la salud.....	70
ANEXO.....	71
A. Declaración del Comité de Ética, DICAD-ARS/LVT.....	72
Índice de cuadros.....	28
1. Descripción por edades.....	28
2. Descripción por nacionalidad.....	28
3. Descripción por Estado Civil.....	28
4. Descripción con Quien reside actualmente.....	29
5. Descripción de si realiza alguna actividad profesional.....	29
6. Descripción por Creencia Religiosa.....	29
7. Descripción por Nivel de Escolaridad.....	30
8. Descripción por Tenencia de hijos.....	30
Índice de figuras.....	32
2.1. Categoría y Subcategoría.....	34
2.2. Categoría, inicio de los consumos de drogas.....	34
2.3. Categoría, inicio de los consumos de drogas.....	36
2.4. Categoría, durante el tratamiento.....	38
2.5. Categoría, después del tratamiento y planes a futuro.....	40

INTRODUCCIÓN

La investigación que lleva por título: Género y Toxicodependencia; análisis de la utilización femenina de drogas en la pósdescriminalización, tiene por norte entender las dinámicas y las experiencias de los procesos sociales en cuanto a la utilización de drogas desde un enfoque de género. Los cambios en el patrón de consumo de drogas por parte de las mujeres, ha demostrado tener prevalencia y dependencia, con sus secuelas en algunos casos mayores de los que tendría el consumo masculino. La relevancia y motivación de esta investigación radica en tres aspectos a seguir: primero contribuir a la riqueza teórica del tema ante la poca literatura existente, así como abrir algunos debates y continuar otros ya abordados, respecto a la importancia del género en la utilización femenina de drogas, tanto como para el análisis en las políticas públicas como para el tratamiento y la medicalización. Segundo, incentivar la conceptualización de nuevos enfoques vistos desde una dinámica interseccional, en donde se perciba la utilización femenina de drogas, entendida como una secuencia de hechos sociales, económicos, políticos y culturales, y no solo desde el espectro de la salud, y tercero, generar un contributo para el entendimiento de la pósdescriminalización.

Hablar de la utilización de drogas en la actualidad nos obliga a retomar posturas analíticas que ayuden a entender la manera en que se está relacionando el género con la utilización de drogas en mujeres, de igual manera, como estos relacionamientos han traído como consecuencia cambios en la perspectiva que se tiene sobre el rol de la mujer, hasta entonces, pensamiento ejercido como un denominador común por el poder hegemónico. Por supuesto que estos cambios significa rupturas, y por consiguiente consecuencias, ya que crea confrontaciones con el estatus quo prevaleciente.

No debemos considerar el hecho, de que, cuando una mujer cae en las drogas, simbolizaría la inmediatez de la demonización, muy por el contrario, ya de por sí, la mujer traería consigo un estigma, independientemente de ser consumidora o no, que pareciera incrementarse con la utilización de drogas. Si le agregamos otros elementos al hecho como son: la edad, el color de piel, la nacionalidad, el origen étnico, el nivel educativo, la condición socioeconómica, encontramos que la cuestión de la utilización de drogas pasa a ser un agregado, reforzado por otros hechos sociales, como; el fallecimiento de un familiar, la imitación grupal, la pérdida del empleo, la violencia doméstica, así, como la presión entre pares, en donde estarían participando elementos cercanos como: un familiar, un hermano, enamorados o amigos, y hasta inclusive, a manera solitaria.

El consumo de drogas representa uno de los problemas que ha venido de décadas de lucha contra las drogas, desde el periodo en que se instauró la llamada “guerra contra las drogas” en el gobierno de Ronald Reagan, cada país estaría afrontando de manera particular, su realidad, siendo que cada región es diferente. Sin embargo, existen patrones y programas de políticas públicas como la implementada en Portugal, que se podrían adoptar e implementar, para el desarrollo en otras latitudes. En una entrevista telefónica de un noticiero colombiano, le preguntaron al director del Sistema de Intervención en los Comportamientos Adictivos y en las Dependencias, SICAD, João Goulão, si era posible replicar el modelo portugués en países que llevan años en la lucha contra las drogas como Colombia, respondía que sí, que era posible, siempre y cuando se ajustara a las normas y políticas locales, se podría.

La política de descriminalización de las drogas ha demostrado ser un cambio de paradigma referente a las drogas y a la idea que se tenía sobre el usuario. Esta política vino acompañada de una proyección de sensibilización y transformación respecto a la manera en que son percibidas las personas que consumen drogas, más allá de ser vista como criminales, pasaron a ser vistos como personas con problemas de salud. Siendo que la droga por sí sola, carece de un contexto cultural, social y político.

En el desarrollo de esta investigación, nos abocamos a percibir las relaciones existentes entre mujeres, con respecto a sus percorsi de consumo o de utilización de drogas, algunas hoy en día continúan con estos consumos de forma menos frecuentes, y que no dejan de ser problemáticos. La cocaína, la heroína, la marihuana, y otras drogas, como el alcohol, son consideradas dentro del consumo, porque está registrado, que independientemente de la sustancia, se estaría provocando relaciones problemáticas en la vida de las mujeres y de sus relacionamientos.

Se abordan las trayectorias de consumos previos, o en especial cuando la mujer empezó a consumir, las razones del consumo, las edades de inicio, los compañeros de inicio, por otro lado, se integran elementos sobre la violencia como parte fundamental del análisis, puesto que hay una asociación entre drogas, consumos y violencia.

Para conocer los percorsi de utilización de drogas de forma diacrónica, incluimos las etapas de búsqueda de ayuda como parte fundamental para entender estos percorsi, conocer los motivos por el cual una utilizadora deja los consumos y busca ayuda, cual es la percepción respecto al tratamiento que recibe, si esta continúa con los consumos de

metadona, además conocer la percepción respecto al trato a nivel general, en relación con el par masculino consumidor, o no consumidor.

De igual manera, conocer la percepción respecto a la discriminación o estigma, como elementos arraigados a los consumos de forma general, puesto que el estigma de la mujer consumidora es mucho más fuerte cuando esta va unida a elementos de desigualdades sociales o exclusión. Elementos muchas veces reforzados por las instancias a nivel institucional, dando por entendido, las carencias en cuanto al abordaje multidisciplinar del problema, con consecuencias hacia la personalidad de la consumidora.

Incluimos, por último, conocer, la percepción que tiene la mujer consumidora, para después del tratamiento y a futuro, los planes a desarrollar como individuo, la percepción que tiene sobre el empleo, esto en caso de que respondan que no tengan empleo al momento de la entrevista, percepción sobre la descriminalización del consumo de drogas, siendo de vital importancia ya que este punto gira entorno a la necesidad de conocer cómo percibe el contexto de la descriminalización del consumo de drogas, y cuanto conocen del mismo, pues como ya venimos mencionando, aunque los consumos de drogas empezarían en su gran mayoría antes de la descriminalización, estos se mantienen hoy en día, de forma menos frecuentes en algunos casos, con recaídas y las secuelas posteriores, muchas han conseguido dejar los consumos de forma total, otras aún continúan en los programas y tratamientos medicalizados, así como en las visitas clínicas y psiquiátricas, también nos interesa conocer que cosas cambiarían de tener la oportunidad de hacerlo, teniendo en cuenta que los sueños y anhelos no cesan a pesar de las vicisitudes.

I- PROBLEMÁTICA

1. Contextualización del fenómeno de la toxicodependencia y su problemática social.

El consumo de drogas representa uno de los “problemas de siempre” en todas las sociedades globales, según la UNODC, “alrededor de 275 millones de personas, un 5,6% de la población mundial, en edades comprendidas entre los 15 a los 64 años, han consumido drogas durante el 2016, de los cuales, unos 31 millones estarían padeciendo de trastornos derivados de ello y que posiblemente deban ser tratados” (2018).

Por su lado, la Organización Mundial de la Salud, OMS, indican que, en el 2015, fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167,750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis). “El resto de las muertes podían atribuirse indirectamente al consumo de drogas, y entre ellas figuran las relacionadas con los virus del VIH y la Hepatitis C, contraídos como resultado de prácticas de inyección inseguras” (UNODC, 2018).

El consumo, abuso o utilización de drogas, es un fenómeno que conceptualmente ha ido cambiando a través del tiempo, espacio y forma de consumo, la palabra droga como tal, se trataría de una consigna, la cual supone una definición instituida e institucionalizada “que necesita de una historia, una cultura, unas convenciones, evaluaciones, normas, y todo un retículo de discursos entrecruzados, una retórica explícita o elíptica” (Muñoz, 2012, p.27). Su significado y realidad social se encuentran en el contexto en el que ésta se desarrolla, manteniendo un “rol de estructurante social” (Romani, 2008, p. 85), no teniendo una realidad externa a la “percepción cultural que se tiene de ella” (Romo, 2006, p.69), y su institucionalización y particularidad se encuentran establecidas en un circuito que funciona como “un sistema que se autorreproduce ideológica y materialmente” (Baratta, 1991, p. 197).

Debemos entender que la humanidad ha estado casi siempre en contacto, de una u otra forma con las drogas, “durante siglos, el opio, y el cannabis fueron ampliamente consumidos en Asia, África y en el Medio Oriente y la coca en la región de los Andes, fueron ampliamente utilizadas para fines culturales, ceremoniales y de medicina tradicional” (Comisión Global de Política sobre Drogas, 2019, p. 8).

En un principio el consumo y la producción de drogas tuvieron un proceso evolutivo en donde en “la primera fase estuvo caracterizada por el uso/consumo de plantas; en una segunda fase, a partir del siglo XIX, el hombre consiguió aislar el principio activo del vegetal (alcaloide), en una tercera fase, al final de los años veinte, comenzó con el surgimiento de las anfetaminas, y no fue a partir de los años 80, que estuvieron en “boga” las *design drugs*” (Dos Santos Ebo, 2008, p.41).

El origen del hombre ha estado marcado por el contacto con las sustancias alucinógenas, ya fuesen sustancias psicotrópicas, fermentadas (alcohol) entre otras. Es así como, con el paso de los años la concepción y simbolismo de la construcción social de la sustancia como tal, ha ido cambiando a través de las culturas, cuyo valor social estaría dado por su “capacidad para encarnar y simbolizar el mal” (Muñoz, 2012; Escudero, 2019). El abordaje de tolerancia cero, en relación al consumo no médico de drogas consagrado en el sistema de control internacional, creó percepciones distorsionadas y de cariz moral sobre una supuesta diferencia entre el “bien y el mal de drogas legales e ilegales” (Comissão Global de Política sobre Drogas, 2019, p. 9). Para la droga no se da una definición objetiva, científica ni física. Habría que decir que el concepto droga es un concepto no científico, instituido a partir de evaluaciones morales, políticas y socioculturales que llevan en sí “la norma de la prohibición” (Muñoz, 2012 p.27).

Lo que conocemos respecto a las drogas y al consumo, así como la construcción de la identidad, están relacionadas al papel que juegan los procesos de construcción social en el individuo. Conceptos como crimen, y/o delito, consumo de droga y/o desviación normativa o anomia social, tendrían que estar desarrolladas de forma particular, puesto que un consumidor de drogas y/o un toxicodependiente, tiene categorías y circunstancias diferentes que lo conducirían al consumo de forma dependiente.

De acuerdo con Baratta (1991) “existen innumerables consumidores y adictos que contrariamente al estereotipo prevaleciente, continúan desarrollando su rol de profesionales y trabajadores dependientes sin perjuicios ulteriores para su identidad social” (p.209). La forma en que se manifiesta el consumo y la presión social, son factores determinantes para conocer del porque muchas personas estarían adentrándose al consumo de drogas, en principio por curiosidad, estimulados por el entorno, y las situaciones diarias, siendo que los toxicodependientes tienen un “mundo de ideas muy propias, caracterizadas por la desorganización ideática” (Da Agra, 2008, p. 31).

La perspectiva institucional sobre el fenómeno de la droga y en especial sobre los toxicodependientes tiene un marcado matiz punitivo, que hace referencia a controles sociales, “heterocontroles” Valentim (2000), tales como; el judicial, el farmacológico o el medicalizado, en donde la intervención médica juega un rol como forma de control social, y “en donde se estaría buscando; limitar, modificar, regular, aislar o eliminar un comportamiento anormal socialmente definido, empleando un lenguaje de médicos, medios médicos y en nombre de la salud” (Muñoz, 2012, p. 24). Sin dejar de mencionar lo judicial, que de acuerdo con el informe Mundial de Drogas del 2016, el 18% de las prisiones a nivel mundial estarían conformadas por presos condenados por delitos relacionados con drogas. “En Brasil en el 2014, tenían un nivel de ocupación carcelaria de 157%, por otro lado, en Estados Unidos las condenas mínimas han tenido efectos devastadores en las comunidades afroamericanas, tanto que un 40% está en la cárcel por delitos u ofensas de bajo nivel” (Comisión Global de Políticas de drogas, 2016, p. 19), en este contexto es conocido que existe una predominancia criminante a asociar pobreza con criminalidad y drogadicción, como si fueran sinónimos.

El impacto hacia las mujeres es igual o aún más devastador, las estadísticas carcelarias demuestran que el porcentaje de mujeres encarceladas por delitos relacionados con las sustancias, exceden a las de los hombres. “En partes como América Latina y el Sudeste Asiático, alrededor del 70% de las mujeres en prisión, han sido sentenciadas por delitos relacionados con drogas, incluyendo la posesión” (Comisión Global de Políticas de drogas, 2016).

La ineficacia para el tratamiento del fenómeno de las drogas va más allá de su instrumentalización meramente represiva y de control, “la penalización no ha resultado ser un medio útil si una de las lógicas es controlar y resolver los problemas de la drogodependencia en nuestras sociedades, lo que, por el contrario, las estaría agravando” (Baratta, 1991, p.211). El mecanismo punitivo/judicial de la “guerra contra las drogas” construido en muchos países del mundo, replica un modelo de prohibicionismo que a la larga genera un determinismo que únicamente contribuye a un circuito cerrado, que solo eleva las expectativas de eliminar por completo las drogas en una sociedad donde estas forman parte (Baratta 1991; Muñoz 2012).

En la analogía de los circuitos, en el sistema abierto, existe una serie infinita de disenso y una dinámica de cambio, mientras que en el sistema cerrado; el mismo se presenta homogéneo y se extiende a la gran mayoría de actores, es un sistema refractario a las transformaciones y por lo tanto en apariencia más estable, al contrario del sistema abierto.

El sistema cerrado trabaja por medio de un sistema en donde las estructuras sistémicas están diseñadas para que este ciclo nunca termine, sino que se mantenga. Por ejemplo: con la manera en que conceptualizamos la definición de enfermedad, la cual cumple con un “rol-performance legitimado o *sick role*”, Parsons, (1972) citado en (Froi, 2009, p.135), y que no existe sin que alguien las reconozca y las defina, ya que sin el significado social que los seres humanos les dan, estas cosas no constituyen enfermedades ni morbo, los fenómenos biofisiológicos son los que utilizamos como base para etiquetar una condición u otra como enfermedad, sin embargo, “los fenómenos biofisiológicos en sí mismo no son enfermedad” (Muñoz, 2012, p.24).

Sucedo similar con el delito, el cual un delito no se convierte en tal, hasta que este sea tipificado y normado en la legislación de manera punitiva, mientras tanto, sería una cuestión de subjetividades y percepciones de lo que consideramos correcto o incorrecto dentro del ámbito legal.

Los daños causados por las políticas de drogas no están únicamente confinadas a las personas que usan drogas y otras involucradas en el tráfico, afectan a la sociedad en conjunto, la vigilancia de las sustancias se ve ensombrecida por una disparidad racial en el sistema criminal de justicia y por prácticas que son completamente desproporcionadas a las ofensas involucradas.

Se sabe a nivel global, que existe una predominancia discriminatoria en cuanto al fenotipo “normatizado” de consumidor, siempre asociado con “personas negras, las cuales tienen seis veces más probabilidades a ser detenidas y revisadas por posesión de drogas que las personas blancas, y los asiáticos tiene el doble de probabilidad a pesar del hecho de que el consumo de sustancias es mayor en personas blancas” (Comisión Global de Políticas de drogas, 2016, p. 19). Todo esto hace parte de un retículo de mecanismos que perpetua el estigma y la segregación en comunidades minoritarias o ya de por sí estigmatizadas.

2. El Contexto Portugués después de la descriminalización del consumo de drogas.

En Portugal el problema del consumo de droga está ampliamente registrado, sin embargo, hasta la década de 1950, el consumo de drogas no se podría considerar como un problema, “el consumo hasta entonces se mantenía como un consumo de las “elites”, tal comportamiento estaba limitado a una micro cultura privada, no atraía sobre sí, la visibilidad, el habla y las acciones sociales” (Da Agra, 2008, p. 55).

La década de los años 70 representó un periodo en que emerge la “droga como fenómeno y problema social” (Da Agra, 2008, p. 56), siendo de esta forma el retorno de cientos de colonos, el fin de las guerras de ultramar y así como el final de una dictadura de más de 40 años, significó además, un cambio abrupto en la vida de miles de portugueses, además de la apertura de Portugal al mundo y a conocer un país que por más de 60 años estuvo aislado. Ante tal apertura, los problemas comenzaron a surgir, trajeron como consecuencia otros fenómenos, como el del consumo de drogas.

Lo que empezó sin mucho escándalo comenzó a agravarse, para la década de 1990, existía en Portugal un índice preocupante de consumidores de drogas, personas contagiadas con VIH/SIDA, contagios de Hepatitis C y muertes por sobredosis, así como un problema criminal preocupante. Para 1997, “el 97% de los pacientes toxicodependientes en tratamiento en los CAT¹, estaban por consumo de heroína, de estos 11,6% eran seropositivos al HIV, 23% a la Hepatitis B, y 21,1% a la Hepatitis C” (Ministério da Saúde, 2006, p. 27).

De igual forma, existían elevados índices de criminalidad asociados al consumo de drogas. “El total de condenados por violación a la ley de droga había aumentado, siendo el mayor volumen de condenados, la categoría de -los consumidores-, con 52,2%, contra 43,6% de traficantes y apenas 4,2% de traficantes-consumidores” (Ministério da Saúde, 2006, p. 28). Sin dejar de mencionar el elevado número de mujeres detenidas en prisión, para el año 2001, “Portugal y España presentaban la tasa más elevada de mujeres en prisión de toda Europa, por encima de Grecia e Italia respectivamente” (Torres y Gomes, 2002, p. 28).

Uno de los retratos más acuciantes de este fenómeno quedó registrado en el imaginario colectivo del lisboeta, en lo que se conocía anteriormente como Casal Ventoso, “barrio particularmente conocido por su pobreza y la proliferación del narcotráfico” (Chavez, 2013, p. 31). Además, de otros barrios en donde la marginalización y el consumo de drogas se expresaban como una problemática en todo su contexto; Bairro do Fim do Mundo (Cascais), Cova da Moura (Damaia), Pedreira dos húngaros (Oeiras).

No fue sino a partir de los datos que se tenían y el retrato social del fenómeno de las drogas, que se establecieron comisiones de salud multisectoriales para evaluar la problemática del consumo de drogas, surgiendo con ello la estrategia nacional de lucha

¹ Centro de Atendimento al Toxicodependiente.

contra la droga en 1999. Esta estrategia sería la hoja de ruta o instrumento orientador de la ley N.º 30/2000. O la ley de descriminalización del consumo de drogas.

Esta política de descriminalización del consumo de drogas, si bien, no era nueva, ni Portugal el primer país en implementarla, ya en “1976, Holanda introduciría una política de descriminalización de facto, en la posesión y oferta del cannabis” (Comisión Global de Políticas de Droga, 2016). Sin embargo, lo que, si era novedoso, era la forma de «implementación» dando un giro radical a la política que hasta entonces se estaba desarrollando.

A partir de la implementación de la ley N.º 30/2000 del 29 de noviembre, Portugal entra a aplicar una política “contraria” a las políticas en materia de combate al consumo de drogas; ya que, en el contexto global, seguía imperando el tema de que el consumidor de drogas o toxicodependiente era un “criminal” que debía ser combatido. Llevando con esto toda la carga que para un Estado significa simbólica y fácticamente el combate a este fenómeno de la droga, desde el combate al blanqueo de capital, al narcotráfico y sus secuelas ligadas al consumo.

Hasta la entrada en vigor de la ley N.º 30/2000, Portugal se regía por el Decreto Ley N.º 15/93 de 22 de enero, el cual era un «Acuerdo Internacional contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substancias Psicotrópicas» establecido en 1988 por el Consejo de las Naciones Unidas, este decreto si bien, era una forma de combatir el flagelo de las drogas, no presentaba soluciones al problema de consumo.

Las modificaciones más sobresalientes a este anterior decreto ley, fueron: aumentar la cantidad de días de consumo individual, de 5 a 10 días, modificar las sanciones punitivas y crimonosas, a sanciones de ordenación administrativa, lo cual, el consumo dejaría de ser penado con cárcel. Una de las novedades también, era que, se creaban comisiones para la disuasión de las toxicodependencias², con esto se motivaba, a que los consumidores buscaran ayuda sin el temor a ser sancionados punitivamente.

El número de pacientes activos en los programas de sustitución de metadona paso de “2,115 pacientes en 1997 a 26,351 en el 2011” (Augusto, 2016, p. 21). De igual forma el número de procesos abiertos por las comisiones de disuasión reflejan que, del 2001 al 2013, “se realizaron 92,175 procesos con una variación porcentual de +8,5%” (Augusto, 2016, p. 63). Esto en relación con los años anteriores.

² CDT, por sus siglas en portugués.

Los cambios logrados con la ley de descriminalización de drogas se comenzaron a ver rápidamente a nivel interno, sin embargo, a nivel internacional eran pocos conocidos. El relatorio presentado al Instituto CATO³ en el 2009, por el senador norteamericano Glen Greenwald, mostraba que el modelo de política de descriminalización de drogas portugués era un elemento que “debía ser considerado cuidadosamente por los políticos en todo el mundo” (Greenwald, 2009; Instituto da Droga e Toxicoddependência, 2009).

Los años 2011 y 2012, se caracterizaron por ser particularmente difíciles, en cuanto a la sostenibilidad de la política de drogas, “no solo por la concretización de las actividades, sino también por el acentuar de la crisis económica⁴ en Portugal, lo que, representaba una disminución de recursos, tanto humanos como financieros y por la enorme inestabilidad creada por el anuncio de la extinción del IDT⁵ y la creación del SICAD⁶” (Augusto, 2016, p. 16). De acuerdo con Domotaski (2012), “el consumo de sustancias ilícitas en Portugal, se estaría situando en uno de los más bajos de los demás países europeos” (p. 52). Por otro lado, (Balsa, Vital y Urbano, 2018, p.10), indican que los consumos “estarían por debajo de la media de las prevalencias de un conjunto de 25 países europeos”

La descriminalización de las drogas representa para Portugal, una inversión en donde sus resultados solo serán visible a futuro, ya que, como política pública de salud, hace necesaria su mantenimiento en el tiempo, con los recursos y personal necesario. De acuerdo con la Comisión Global de Políticas de Drogas, (2016), “Portugal estaría ahorrando un 18% de costos sociales en relación a los primeros 10 años de la intervención de su política de descriminalización de drogas” (p. 24). Dichos ahorros están asociados en cuanto al mantenimiento del ingreso, y la productividad como resultado de que los individuos estuvieran evitando ser encarcelados por posesión de sustancias y costos indirectos de salud como la reducción de las muertes relacionadas con drogas y los índices de VIH y otras enfermedades asociadas.

Para entender la descriminalización, habría que ver también las percepciones que hay sobre él fenómeno en sí, por parte de la población. En un estudio presentado en el 2006, con un muestra de n= (1002) entrevistados, Gomes, (2006) indica que respecto a la percepción que tienen los portugueses en cuanto a los utilizadores de drogas, se “revela

³ Think Tank estadounidense.

⁴ El expresidente Fernando Enrique Cardoso, miembro en calidad de comisionado para la Comisión Global de Políticas de Drogas, manifestaba en el 2012, que la crisis económica que vivía Portugal podría ser un detonante para nuevos casos de consumo.

⁵ Instituto da Droga e Toxicoddependências.

⁶ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

predominancia en cuanto a la dependencia química de una determinada sustancia, (86,7%) siendo que, el 41,1% de los portugueses afirman que todos los consumidores son dependientes, y un 45,6% se refieren a que muchos de ellos lo son, un 86,3% de los portugueses consideran que los consumidores de drogas son “enfermos”, y para más de la mitad (53,4%), son de la opinión de que son todos enfermos y deberían ser sujetos a tratamientos clínicos para recuperarse, 32,9% afirman que muchos de ellos asocian esta característica, por otro lado, situaciones menos asociadas a los consumidores de drogas ilícitas, indicarían un cambio en el pensamiento hacia los consumidores: los consumidores “son iguales a cualquiera otra persona, apenas optan por un modo de vivir diferente” (52,7%), son individuos que “optan de modo consciente por esos consumos y ponderan sus ventajas y desventajas” (29,6%), de esta última representación, apenas 8,8% de los portugueses encuentran que son todos los consumidores de drogas ilícitas lo que hacen este tipo de opción, además, cerca del 20% de los portugueses, consideran, que los consumidores de drogas son todos criminosos (19,3%) y, por otro lado, 17,5% afirman que son todos los que optan por un estilo de vida diferente” (pp.9-10)

En los informes presentados por el SICAD al país, sobre la situación del consumo de drogas, encuestas 2016/2017, se ve reflejado un incremento en el consumo en comparación con años anteriores, las edades que corresponden al grupo etario, entre los 15 a los 74 años, este incremento estaría en relación con el consumo general de drogas. Por otro lado, “el consumo de riesgo y dependencia de alcohol y cannabis en mujeres y hombres mayores, aumentaron, al mismo tiempo que se verifico un aumento ligero pero continuo en los consumos de las mismas sustancias en los jóvenes de 18 años”. (Dependências, 2019, p. 3).

Debemos tener en cuenta que; al momento de analizar las encuestas sobre consumo de sustancias entre población joven y que entra por primera vez a ser encuestada, versus población que ya fue censada, se puede dar una relación de incremento en el consumo de drogas que anteriormente no se tenía contemplada. Posiblemente que “cada estudio posterior, dentro de cinco, diez o 20 años, independientemente de las políticas, muestre un “incremento” en el consumo en la medida en que los jóvenes que han probado alguna droga al menos una vez, ingresan al estudio y responden “sí” a la pregunta sobre consumo de drogas”. (Domotaski, 2012, p. 49).

II – GÉNERO Y TOXICODEPENDENCIA

1. Las mujeres y el consumo de drogas

“La participación creciente de la mujer en el campo laboral, mayor acceso a la educación, la política y la cultura, aunque no necesariamente en grados de igualdad, desenvuelven nuevas maneras de vivir, nuevas formas de expresión que representan la forma de concebir la maternidad, la sexualidad y la construcción de proyectos de vida” (Gómez y Muñoz, 2011, p. 214). Es prioridad hacer las inferencias y los análisis “multidimensionales y multidisciplinarios de las toxicodependencias” (Marques, Torres, et.al, 2008, p. 19), para así concebir y profundizar en el conocimiento de las problemáticas en cuanto a los nuevos consumos.

El informe más reciente sobre consumo de drogas global indica que “de una población de 714,000 mujeres que se encuentran en prisión, el 35% estarían relacionados a delitos por drogas, mientras que, de 9,6 millones de hombres en prisión, el 19% estaría relacionados a los mismos delitos” (UNODC, 2018, p. 9). Estas cifras globales, indican, por un lado, que el consumo y/o tráfico de drogas estaría directamente relacionado con el incremento de personas detenidas en las prisiones, y, por otro lado, con una creciente “feminización de la pobreza” (Giacomello, 2013, p. 1). Siendo que una variación en la “segregación de los sexos” (Torres y Gomes, 2002, p. 28), estaría teniendo impacto en el aumento de hogares monoparentales, y estaría empujando a las mujeres a tomar participación en el mundo del tráfico de las drogas.

Para entender el enfoque de género en las toxicodependencias, se debe partir de la base sobre la cual el género se entiende como una categorización sociocultural, que surge de la idea en donde “lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales” (Arana, Montañez y Urios, 2012; Tarrés, 2013; Romo y García 2006). Por encima de todo, “una cuestión de relaciones sociales en la que los individuos y los grupos actúan” (Bourdieu, 1998; Butler, 1990; Pearse y Connell, 2015).

Tener un enfoque de género nos ayuda a entender porque, “cada vez más mujeres estarían usando drogas ilegales y rompiendo los límites de lo socialmente impuesto” (Romo, 2018, p.16). En donde se generan sanciones sociales y rechazos, debido a las rupturas en los roles asignados, generando una nueva forma de participación de las mujeres dentro de un

contexto dominado por el hombre. Para entender estos consumos generados en las últimas décadas debemos analizarlos a la luz de las comparaciones y las estructuras de socialización, sin embargo, se ha de tener presente que “el género, no tiene por objeto de estudio únicamente a las mujeres o los roles de las mujeres como tal” (Romo, 2006, p. 70). Sino por el contrario trabaja con las distintas formas en las que la noción de varón y mujer, son construidas en la “objetivación del concepto” Amâncio (1993), especialmente si nos referimos al tema de los consumos de drogas. Siendo un elemento de construcción social, la tendencia del consumo en los últimos años, ha llamado la atención, ya que, “el uso de drogas entre las mujeres, estaría sufriendo dramáticos cambios” (Romo, 2018, p.17). A nivel mundial se están desarrollando nuevas formas de consumo, derribando algunos conceptos que en otrora se tenían como paradigmas.

Las mujeres no se están iniciando de la misma forma que los varones en el uso de drogas ilegales, hay factores, como el “estigma de la mujer toxicodependiente” (Cardoso y Manita, 2004, p. 15), que retrasa la entrada al consumo de drogas. Ante esto, las mujeres siguen manteniendo una percepción diferente, frente al riesgo que las protege de los consumos más abusivos y dañinos de algunas sustancias, y las acerca a aquellas que se perciben socialmente como “menos dañinas” como por ejemplo el tabaco o el alcohol.

Hemos de pensar que el consumo de drogas ilegales entre las mujeres lleva consigo una carga emocional de disgusto y “miedo a lo público” (Romo, 2018, p. 20). como una forma de escarnio, tradicionalmente los usos femeninos de drogas han sido “sancionados en mayor medida y más duramente que los masculinos, precisamente por el peso de los estereotipos sexistas y valores asociados a la construcción de imágenes de “mujer decente” y “buena madre” (Jiménez y Ordaz, 2012, p. 84). Esta predominancia en nuestras sociedades de esposa dependiente y madre cuidadora, “supone para las mujeres no solo ser clasificadas de desviadas por sus usos de drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe de ser el comportamiento «femenino»” (Romo, 2006, p.80).

La frase, “*doing gender doing drugs*” Measham (2002), señala la conexión entre identidad de género y uso de sustancias, y probablemente sea clave en la configuración de la personalidad de la mujer consumidora. Puede que las mujeres estén redefiniendo el sistema de género a través de prácticas relacionadas con el consumo de drogas y el alcohol en entornos recreativos, y es que los cambios en los patrones de consumo de drogas están contribuyendo a revelar toda una serie de rupturas de género hasta el momento definidas y consolidadas socialmente.

Frecuentemente solemos relacionar la salud y la enfermedad con factores biológicos, en donde las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas desempeñan un papel importante, que hacen referencia a características biológicas de las personas. Sin embargo, el género hace referencia a un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas que sitúa de forma diferente a las mujeres con respecto a los varones. La creencia sobre la “dicotomía de caracteres” (Pearse y Connell, 2015, p. 104), nos dice que a pesar de que hoy en día sea ampliamente aceptado el hecho que “no existen diferencias significativas en cuanto a la inteligencia general entre el hombre y la mujer” (Pearse y Connell, 2015, p. 105), existen otros elementos que tendríamos que considerar como el entorno, las “variaciones ambientales” (Baigorri, 2006, p. 161) que son potenciales, detonantes en cuanto al consumo de sustancias lícitas e ilícitas, en contexto recreativos, especialmente.

El consumo de alcohol, tabaco, anfetaminas, cannabis, cocaína, heroína, QSI. Se habría incrementado; “El consumo de sustancias como cannabis se habría incrementado en mujeres, en cuanto a frecuencia de consumo de 31 días, con relación a los hombres” (Balsa, et al, 2018, p. 84). De igual forma el consumo de “cocaína en los últimos 12 meses, representa un aumento en comparación con los hombres” (Balsa, et al, 2018, p.98). Si bien, los consumos siguen siendo mayoritariamente masculinos, se están presentando cambios de patrones en la forma en que las mujeres abordan los consumos.

La gran mayoría de casos de mujeres consumidoras, continúan a ser “una población oculta” (Cardoso y Manita, 2004, p.19). Haciendo que la búsqueda de tratamientos por parte de las mujeres y ante el temor de ser criminalizadas “sea una de cada cinco personas” (UNODC, 2018; Urbano y Arostegui. 2003).

2. Particularidades de la toxicodependencia femenina

En un estudio sobre mujeres consumidoras de psicofármacos en tres comunidades autónomas de España, Romo y García, (2006), se evaluó la motivación que lleva a una mujer a consumir drogas, los resultados demostraron que existían tres discursos con respecto al consumo de psicofármacos y la relación con la edad. En todos los tres grupos que fueron analizados, se percibía que la utilización de psicofármacos se daba cuando se percibe “malestar” asociados a la falta de modelos, sobrecarga de trabajo y/o sobrecarga emocional, pero también aparece como consecuencia del estrés ocasionado por la toma de decisiones. En muchos aspectos este estrés se combinaba con las responsabilidades del

trabajo laboral diario y la jornada continua en el hogar, “*breadwinner/ama de casa*” (Pearse y Connell, 2015).

De acuerdo con el estudio, la carencia de “modelos de referencia” (Romo y García, 2006, p. 246) hacen que muchas mujeres tengan dificultades con desarrollar un tipo de personalidad diferente a los modelos tradicionales conocidos de sus madres y abuelas, modelos que van en contravía con los nuevos pensamientos de género y desenvolvimiento. Estas mujeres han tenido un acceso a educación superior, mayores oportunidades de trabajo y están accediendo a otros entornos de la vida, casi siempre en conflictividad con sus perspectivas personales. “La falta de modelos se sitúa en un momento en el que aún no se ha producido una armonización entre la vida laboral y familiar, lo que provoca situaciones de conflicto, de sobrecarga de roles e indecisión respecto de los posibles caminos que se les abren, pero de manera desorganizada” (Romo y García, 2006, p. 246).

Si bien, las mujeres que consumen drogas suelen empezar a consumir sustancias más tarde que la mayoría de los hombres, muchas de ellas, una vez que empiezan a hacer del consumo una costumbre como por ejemplo el del; alcohol, cannabis, cocaína y opioides, su consumo progresaría de forma rápida, provocando una adicción mucho más duradera que la de los hombres, este fenómeno se ha observado reiteradamente en las mujeres que consumen esas sustancias y se conoce como “*telescoping*” (UNODC, 2018; Gómez y Muñoz, 2011).

La multiplicidad de factores que provocan el consumo, se asocian por un lado con la concepción o paradigmas clásicos sobre lo que motiva a una persona al consumo, hoy en día son cada vez más desechables, los discursos dominantes clásicos, que dicen que “el consumo femenino estaría mediado en función de los hombres, o que las mujeres son más frágiles y perturbadas y todavía un poco más, que una toxicod dependiente no puede ser una buena madre” (Cardoso y Manita, 2004, p.14). Estos discursos hicieron eco en los contextos genéricos de las primeras décadas del siglo XX y aún hoy día se mantienen en los contextos de tratamiento clínicos, en muchos casos perpetuando el estigma y el prejuicio hacia las mujeres consumidoras.

Patricio (1995), indica en unos de sus textos que, “las mujeres en la sociedad, mayoritariamente tendrían un bajo perfil en cuanto al ser alcanzadas por el consumo más dañino de las drogas que los hombres” (p. 148). Con esto posiblemente se daría a entender que las mujeres siguen siendo un elemento protegido por ser “mujer” sin tomar en cuenta,

el hecho que los consumos, han ido cambiando. Hoy día sabemos que las mujeres tienen una probabilidad igual o mayor de ser alcanzadas por las drogas, con todo el riesgo de vulnerabilidad que representa, a pesar de que, al día de hoy, muchas de las investigaciones sigan apremiando el discurso dominante.

Encontramos por otro lado, varios estudios que indican que “la mujer toxicodependiente no es, necesariamente debido a cualquier déficit inherente a la estructuración de la personalidad, incapaz de asumir el papel de madre” (Cardoso y Manita, 2004, p. 18). Otros elementos más vinculados con un contexto externo y social como, por ejemplo: “la pobreza, la enfermedad, la práctica criminal o el fenómeno de los sin techo, surgen como problemas graves que gravitan la toxicodependencia, especialmente sobre la mujer” (Moreira, 2013).

En un contexto póst-criminalización como es el del consumo de drogas, las investigaciones están siendo profundizadas en cuanto a la variable género, pensando en la realidad del fenómeno como tal, y es que a pesar de que el consumo de drogas ha sido históricamente un consumo masculinizado, tenemos que estos cambios en los patrones de uso, estarían demostrando que algo está aconteciendo en cuanto al imaginario de cómo se perciben las drogas y su acceso a ellas, como instrumento de liberación.

En el informe; -Patrones de consumo y problemas ligados al género-, (2018)⁷, se registran interesantes datos sobre los cambios y análisis en cuanto al consumo femenino y masculino en un marco comparativo, sin embargo, la tónica estará no esencialmente en el análisis de género per se, sino en las relaciones que se esconden detrás de estos resultados en el consumo de drogas. La motivación que hace que más mujeres y en especial mujeres jóvenes estén adentrándose al mundo del consumo legal e ilegal de drogas. De acuerdo con (Carapinha y Guerreiro, 2018, p.12), pese a que el porcentaje de consumo general es mayor en hombres de que mujeres, el consumo diario de cannabis en los últimos 12 meses indica que las mujeres estarían consumiendo frecuentemente cada sustancia, M=51,6%; F=63,2% (15-74 años).

El informe identifica que los datos disponibles en cuanto a algunos comportamientos de riesgo no estarían muy claros, en cuanto a las diferencias de género en la práctica de compartir jeringas, pero parece haber una importante discrepancia en cuanto a la no

⁷ SICAD.

utilización de preservativo en relaciones ocurridas de cambio de dinero (relación=0,5) y en compañía con infecciones con VIH (relación=0,6) más común en las mujeres.

Proporcionalmente, Carapinha y Guerreiro, (2018) indican que las consumidoras en tratamiento parecen ser más afectadas de que los consumidores, por la infección VIH (relación entre 0,8 y 1,0) y por patologías mentales (relación entre 0,5 y 0,9) que no es relacionada con la adicción (p. 12). Por otro lado, el hecho que exista una sobremortalidad en las consumidoras de opiáceos (22,5), cocaína (8,4) y consumo endovenoso (25,0), agudiza más el fenómeno.

2.3. Prostitución, estigmatización, violencia y poder.

Para muchas personas pensar en adicciones femeninas podría parecer un fenómeno que es de reciente data, sin embargo, habría que situarnos décadas atrás, quizás hasta finales del siglo XIX, en lugares como Chicago para entender que hasta ese entonces el consumo de drogas era un asunto mayoritariamente femenino. Aldrich (1994), dice que “cuando los opiáceos estaban disponibles libremente con o sin receta, los adictos tenían más probabilidades de ser mujeres que hombres” (p. 61). Hasta ese entonces el consumo era una cuestión de clase, mayoritariamente de clase media, blancas y con una posición elite en la sociedad, actrices, modelos, artistas e intelectuales en general. Posteriormente apunta Aldrich, (1994) “se volvió más común ver mujeres adictas amas de casa, en su gran mayoría las mujeres en el siglo XX que tenían un perfil de mujeres casadas y que por lo tanto quedaban recluidas al recinto del hogar” (p.61).

En el siglo XIX la prevalencia del uso de drogas de hombres y mujeres era, en términos comparativos, inversa a los datos epidemiológicos actuales. Había entonces una “predominancia de opiáceos en relación al número de hombres” (Cardoso, Manita, 2004, p. 15). Con el surgimiento de fenómenos asociados al consumo y las pocas investigaciones, se comenzó a establecer la necesidad de desarrollar estudios que dieran luz a fenómenos como la prostitución, la violencia, el estigma, y la identidad.

No fue sino hasta entrado los años 80, que se identifica la carencia y exclusión de investigaciones relacionadas con el tema, (Cardoso y Manita, 2014; Cobo, 2008).

En el circuito que comprende el mundo de las drogas, los aspectos de desempleo, pobreza, precariedad y marginalidad van de la mano, se crean condiciones que reproducen y materializan un tipo de “violencia simbólica” (Bourdieu, 1998, p. 49), que alterna entre

la necesidad y el placer. La prostitución tiene un rol que implicaría formas de trabajo que definen tipos de comportamientos y de violencias, que hacen de la mujer parte de la “economía de los bienes simbólicos”. Según Moreira, (2013), existen dos tipos de prostitución; las “prostitutas tradicionales” y las “prostitutas toxicodependientes” (p. 29) las primeras ejercen como forma de -trabajo precario no reconocido e informal-las segundas lo hacen única y específicamente para continuar los consumos de drogas.

Contrariamente a lo que en su momento diría Kollontai (1975), respecto a la prostitución, esta ha venido a ser un puntapié a un modelo dominante capitalista y patriarcalista, en donde por un lado se estaría incorporando como elemento “alternativo” a un estilo de vida desviante, permitiendo contrariar el aislamiento en casa y en la familia, se envolvería activamente en la utilización de drogas, asumirían diversas conductas o actitudes como unisexuales, se atrevería en relaciones instrumentales con hombres y hasta se arriesgarían en actividades criminales, favoreciendo el placer por el placer, la capacidad económica propia y el “prestigio social” en un “mundo de hombres” (Cardoso y Manita, 2004, p. 16). Sin embargo, también tiene su precio, siendo que los consumos y la vida asociada a ello, lleva una carga moral y un estigma social que deja secuelas difíciles de borrar, sin dejar de mencionar la carga emocional asociada.

De acuerdo con Goffman (2006), el estigma vendría a simbolizar una cuestión que hace referencia a un “atributo indeseado o profundamente desacreditador” (p. 13). En este caso el estigma generado por la prostitución no en tanto como fenómeno aislado del consumo de drogas, sino duplamente resignificando la “identidad social” de la mujer.

El estigma en un principio hacía alusión a signos o marcas corporales que identificaban o exhibían algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba, podría ser un esclavo, un criminal o un traidor, una persona que debía ser evitada especialmente en lugares públicos. Goffman define tres tipos de estigmas; el primero, el físico: la apariencia, el segundo: los defectos del carácter del individuo, por ejemplo: pasiones, voluntades tiránicas o antinaturales, vicios, drogas, y el tercero los estigmas tribales: la raza, la religión, la nación.

A partir del estigma se pueden establecer posiciones en el contexto social que promueven relaciones de poder y control social, ambos conceptos parecen tener similitudes, al menos en el hecho que ambas tienen por sujeto la interacción, Herrera y Manuel, (2004), definen que: en todas las situaciones de interacción existe por lo menos operativamente un grado de consenso, aunque al final todas son mediadas como relaciones de poder. Por otro lado,

Janowitz, (1995), define el control social como un esquema de influencias basadas en la noción de relaciones interactivas y mutuas (ósea bidireccionales) entre los diferentes grupos sociales (p. 7). Nogueira, (2002), define que: “el control social buscaría como fin la cohesión social en tiempos de cambio” (p.34). Si estas definiciones las traspolamos al contexto de las relaciones familiares en donde radica el poder a partir de la centralidad del modelo del padre, podemos registrar que gran parte de los hechos de violencia registrados, giran en torno a hogares biparentales, “una media de casi un tercio de las mujeres del mundo han sufrido violencia” (Pearse y Connell, 2015, p. 150).

Bourdieu (1998), por su parte dice que; los dominados aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales, eso puede contribuir a una especie de autodepreciación y la autodenigración (p.50).

Esta paradoja que menciona Bourdieu respecto a la dominación masculina sobre la femenina en contexto de violencia, solo se entiende si se verifican los efectos duraderos que el orden social ejerce sobre las mujeres (y los hombres) y sobre las inclinaciones espontáneamente adaptadas al orden que ellas les impone.

Las pasiones del hábito dominante (desde la perspectiva del sexo, de la etnia, de la cultura o de la lengua), relación social somatizada, ley social convertida en ley incorporada, no son de las que cabe anular con un mero esfuerzo de la voluntad basado en una toma de conciencia liberadora, el esfuerzo debe ser destinado a transformar las acciones, en acciones prolongadas y duraderas, dándole representatividad al contexto dominado.

2.4. Una mirada al consumo femenino desde la interseccionalidad.

El consumo femenino de drogas lleva en sí, una carga de prejuicio y estigma no solo por ser un consumo propiamente fuera de los controles sociales y la normatividad, sino por los diferentes agregados que pueden vincularse al mismo. Pearse y Connell, (2015), indican que el uso del concepto de “interseccionalidad, puede ser un término que hasta cierto punto podría ser desafortunado, porque estaría sugiriendo que las estructuras sociales son disposiciones rígidas que podemos llegar a comprender mediante algún tipo de geometría” (p.163). Por otro lado, las autoras indican que debemos ver los fenómenos sociales desde sus categorías y partir del imaginario en donde la interseccionalidad cruza con la utilización de drogas femenina, como una interacción propiamente entre las

estructuras, y como se producen las situaciones sociales reales a partir del condicionamiento que tienen una con la otra.

Estos condicionamientos pueden ser de diferente índole, como: la “dominación de clase, edad, religión, etnia, orientación sexual, la experiencia de dominación colonial y de dependencia, las prácticas sociales, acuerdos institucionales y los resultados de estas interacciones en términos de poder que en muchas sociedades marcan la identidad y sexualidad de los sujetos” (Davis, 2008; Jiménez y Ordaz, 2012; Tarres, 2013).

A pesar del éxito de la interseccionalidad, y del “giro novedoso que le ha dado a viejos problemas” (Davis, 2008, p.72). Queda por abarcar aspectos, que, en diversas teorías de género no se estarían tomando en consideración, por ejemplo, en el tema de los consumos femeninos y las toxicodependencias, a estos nos dice Jiménez y Ordaz, (2012), que el “esquema de género continúa siendo un traje demasiado estrecho como para analizar determinadas prácticas y efectos en relación a los usos de drogas” (p. 86). Sin embargo, es una “herramienta metodológica” Romo y García, (2006), que se posiciona muy útil en muchos aspectos.

Haciendo la salvedad de lo anterior, tenemos que la interseccionalidad, está representada como una forma complementaria de interpretar conductas en la relación existente entre la dominancia del patriarcalismo historicista, en cuanto a elementos de discusión de la teoría de género y la teoría feminista. O como menciona Topa, Nogueira y Neves, (2018), esta hifenización con otros movimientos sociales estaría trayendo a la palestra situaciones y preocupaciones sociales y políticas poco analizadas, en especial en el área de la salud pública. “La interseccionalidad tiene la virtud de poner de manifiesto las diferentes fuentes estructurales de desigualdad” (De Miguel Calvo, 2016; Yeon, 2010; Magalhães, et al, 2015; Topa, et al, 2018;), como por ejemplo: los que se manifiestan, a lo interno de los hogares y las familias, como “el estrés que produce en las mujeres, realizar el trabajo doméstico y cumplir con una jornada laboral, la cual predispone a un consumo paliativo de drogas como los psicofármacos” (Romo, 2006, p. 78).

De acuerdo con Jiménez y Ordaz, (2012), “la relación entre hombres y mujeres frente a las diversas sustancias etiquetadas como drogas es diferente, no sólo en cuanto a su nivel de consumo sino también en cuanto a las práctica, sentidos, motivaciones y consecuencias ligadas a su uso” (p.80). Esto por un lado nos obligaría a incluir, no solo una panóptica sectorial en las desigualdades inmediatas de raza, etnia, edad, orientación sexual, origen, sino a promover políticas públicas que incluyan una proximidad dialéctica entre las

posibilidades de “la interseccionalidad, la intersectorialidad y la transdisciplinariedad en las políticas públicas” Kleba y Lolatto (2013), en las investigaciones clínicas y sobre el consumo femenino, ya que existen sesgos en las formas y los procedimientos de atendimento en instituciones de salud sobre cómo implementar un tratamiento que no incurra en formas de desigualdad clínica o estigmas de salud.

De hecho, Topa, Nogueira, et al, (2018) indica que hoy en día, comienza a hacerse notorio que la “interseccionalidad tiene mucha más influencia en la enfermedad y en la salud, de lo que anteriormente se tenía pensado, ya que el género influencia en los riesgos, el reconocimiento de los síntomas, la severidad de la enfermedad y el acceso y sujeción a tratamientos de calidad y eficaces”, (p. 36)

Existen innumerables casos, que se pueden encontrar en la bibliografía especializada sobre políticas públicas con transversalidad de género, que exponen situaciones que recrean y aumentan los estigmas que viven las mujeres en el cotidiano. Sin dejar de mencionar que al menos que estos estigmas se transformen en elementos radicales o de crisis, no dejan de ser para los grandes medios de comunicación elementos “no noticiosos” o con poca “noticiabilidad” Van Dijk, (2017).

Tener en cuenta la importancia del análisis interseccional, “evita que se manifiesten y se dupliquen las desigualdades ya que las pone en manifiesto desafiándolas” (Topa, Nogueira, et al, 2008, p. 38). No solo a nivel micro, sino macro institucionales, por ejemplo, en los tratamiento y consultas en donde sale a relucir que “los hombres son tomados más en serio por el personal médico” (Romo y García, 2006, p. 246). O que los casos de atención por sospecha de violación, consumo, o tratamiento del consumo de drogas sean menos considerados, por no cumplir con las normas de rigor institucionales y que, estas desigualdades terminan siendo inconstitucionales con el respeto a la dignidad y la vida. Los estudios sobre la utilización de determinadas sustancias deben integrar además las diferencias intergénero, la complejidad que revisten las diferenciaciones intragenericas para evitar las categorizaciones estereotipadas en este aspecto, lo que Jiménez y Ordaz, (2012), llaman el “estigma interseccional”

Topa, Nogueira, et al (2018) nos dice que “la interseccionalidad desafía la salud pública a repensar de una forma crítica, la forma como se investiga, analiza y conceptualiza disparidades y desigualdades sociales en salud. Surge, así como un cuadro teórico de extrema importancia una vez que tiene un compromiso con la justicia social y con la igualdad de oportunidades” (pp.39-40).

III – METODOLOGIA

1. Encuadramiento metodológico

Para el desarrollo de esta investigación se parte de la pregunta inicial que nos interesa conocer: *¿Cómo percibe la mujer con trayectoria toxicodependiente, la utilización de drogas en entornos socialmente masculinizados y cuales han sido los cambios que ha traído la descriminalización del consumo de drogas?*

Esta investigación es de carácter *cualitativa*, se optó por el abordaje cualitativo para poder obtener la mayor cantidad de información posible, el objetivo general de esta investigación es identificar la utilización de drogas en mujeres que se encuentran en situación de tratamiento en relación con los roles femeninos y masculinos. Es complicado obtener impresiones personales más allá de la interpretación de preguntas cerradas o de ser posible con un llenar espacio. En este aspecto, Bryman (2012), hace referencia, que muchos estudios que encierran fenómenos donde el objeto de estudio son mujeres quedan “invisibilizados” por procedimientos que no reflejan la profundidad de la información, siendo esto una discusión metodológica entre lo cuantitativo y lo cualitativo (p. 410).

Los objetivos específicos de esta investigación son: *Conocer* las trayectorias de utilización y abuso de drogas por mujeres, en las diferentes áreas de la vida, con énfasis en sus relacionamientos con hombres en un contexto pósdescriminalización. *Describir* los significados del consumo de drogas para las mujeres, a lo largo de sus trayectorias, así como la influencia ligada al género en esos significados. *Analizar* los modos de intervención específicamente relevante para las mujeres toxicodependientes, teniendo en cuenta el conocimiento de los significados y a su influencia en sus trayectorias de consumo. *Analizar* como los modos de consumos se integran a las interacciones sociales que la mujer desenvuelve a lo largo de su trayectoria como mujer toxicodependiente, y como se refleja en su construcción social de género.

La valides, fiabilidad y seguridad que nos proporciona el método cualitativo, y la técnica de entrevistas; es que se puede conseguir profundizar en el desarrollo de una serie de preguntas, en donde el entrevistado no se sienta vulnerado en cuanto a la información que se estaría recopilando. Se corre el riesgo de tener información “sobrerelata de tópicos socialmente deseables para eludir la información “socialmente indeseable y por tanto subrelatada” (Foddy, 1996, p.133). La investigación cualitativa es inductiva, los

investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. “En los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible” (Carmo, 1998; Taylor y Bogdan, 1994;). Por otro lado, Cisnero, M., Pantoja, M., Armendariz, N., Castillo, M., (2012), dicen lo siguiente; “Debido a que los datos que proporciona la investigación cualitativa en muchas ocasiones corresponden a aspectos de la vida diaria, existe la peligrosa asunción de que cualquier persona puede realizar investigación cualitativa” (p.67).

Esta investigación es *descriptiva*, porque intenta desarrollar un análisis en el contexto de la información recopilada mediante la pesquisa bibliográfica y el uso de los datos recopilados mediante las entrevistas a mujeres. “Una investigación puede iniciarse siendo exploratoria, después ser descriptiva y correlacional y terminar como explicativa” (Sampieri, et al, 1991, p.69).

En esta investigación se usa el diseño que propone la fenomenología sociológica, el diseño metodológico de la fenomenología “se centra en el estudio de las realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que determinan la comprensión de la vida de cada persona, y es el método más adecuado para estudiar y comprender las estructuras vivenciales de personas como adictos a las drogas” (Cisnero, et al. 2012, p. 77), además, de ser una “metodología en la que percibimos al otro” (Nuñez, 2012, p. 56).

Entre las técnicas que se utilizaron para la recopilación de la información están; la *Observación no participante no estructurada*; (Teresa, 1997) esta técnica si bien, forma parte del proceso de interacción, no se establece una convivencia permanente y sostenida con las personas a entrevistar, con esto se busca cierto grado de objetividad en la aplicación de la técnica, sin embargo, toda investigación difícilmente está “libre de valores” (Taylor y Bogdan, 1994, p. 37). Entre otras de las técnicas utilizadas esta, las *entrevistas a profundidad semiestructuradas*. Lo primero es establecer el “rapport” para poder entablar comunicación con las personas a entrevistar, sin ello, se vuelve complicado que las mujeres quieran decir algo sobre su vida privada o personal, “conduciendo a información falsa, engaños o exageraciones y distorsiones que caracterizan el intercambio verbal entre cualquier tipo de personas” (Taylor y Bogdan, 1994, p. 106).

Para el análisis de la información recopilada se utiliza la estrategia del “análisis de contenido” propuesto por (Bardin, 2018; Carmo, 1998; Valle, 1999), de esta forma, logrando un “bricolage paradigmático” (Ángel, 2011; Valle, 1999). Se utilizará además

elementos de la teoría fundamentada propuesta por Strauss y Corbin, (2002), para darle soporte a nuestro diseño metodológico.

2. Objeto de estudio

Para esta investigación, se entrevistaron 17 mujeres en edades comprendidas entre los 31 y los 55 años, en un principio se estableció el interés de abarcar edades desde el rango de los 18 años, sin embargo, no se logró entrevistar a ninguna mujer en este grupo etario, ya por el hecho que difícilmente se conseguía agendar una reunión o que ya no estaban asistiendo a las citas de seguimiento en el Taipa. Las entrevistadas, son mujeres que han tenido experiencias vivenciales como utilizadoras de drogas, legales (alcohol, tabaco) así como ilegales, (heroína, cocaína, marihuana, éxtasis, crack, LSD, hongos alucinógenos) estos consumos se dan, en relación con los tratamientos en el Taipa.

De las 17 mujeres entrevistadas, 16 se encuentran en tratamiento ambulatorio, ósea que no están en internamiento, si bien, durante la fase exploratoria, se contemplaba la idea de tener entrevistas a una población enteramente en internamiento, solo se logró concretar 1 entrevista con este perfil, por el hecho de ser la única que se encontraba al momento de la investigación en el proceso de desintoxicación.

Se entrevistó, además, a 4 técnicos para conocer su posición en cuanto al consumo femenino de drogas y la descriminalización.

Unidad de Deshabitamiento Taipa.

El Taipa es una institución fundada en 1987, siendo la primera unidad de salud como proyecto integrado de tratamiento a la toxicodependencia, sobre la tutela del Ministerio de Salud de Portugal. Cuenta con los programas de: Unidad de Tratamiento de Metadona STM, Consulta Externa (psiquiatría, psicología), Internamiento (desintoxicación), Materno Infantil (seguimiento a madres con niños pequeños y embarazadas), Área de día (Atelier de artes plásticas y desarrollo de habilidades profesionales). La población general de pacientes registrados en la base de datos de la institución hasta la fecha en que se solicitó la información, marzo del 2019, es de 1390 personas, de las cuales 418 son mujeres, un 30%. Cuenta, con una población de 64 técnicos, entre enfermeros, técnicos, siquiatras, psicólogos, y administrativos para atender la demanda de la población que asiste al centro.

3. Dimensiones de análisis

En la aplicación de las dimensiones de análisis para esta investigación y cumpliendo con los objetivos específicos que se propone desarrollar esta investigación, se utilizó las dimensiones de análisis definidas por Anália Torres, et al (2008), en el estudio “Toxicodependentes: trayectorias sociopsicológicas e nós problemáticos”, a saber: *la dimensión individual; a dimensión familiar e a dimensión social.*

En esta investigación se busca conocer la trayectoria de consumos y de utilización de drogas en mujeres que hayan pasado por experiencias como consumidoras, se utiliza como referente el momento en que buscaron ayuda clínica, estas son: *Inicio de la utilización de drogas, durante el tratamiento, después del tratamiento y planes a futuro*, esto en relación con el hecho que la investigación busca comprender la trayectoria de vida de las mujeres de forma diacrónica en contextos de relacionamientos con hombres, en el periodo postdescriminalización de las drogas.

Si bien, es difícil establecer un hito en el después del tratamiento y planes a futuro, como una etapa que se cierra, sin embargo, se puede identificar elementos que se repiten en cada una de las mujeres. Por lo cual se considera necesario contemplar la etapa a futuro como un elemento de valor en el análisis de las trayectorias de consumo.

4. Abordaje de las entrevistadas

La selección de la muestra se realizó mediante el método de “conveniencia no probabilística secuencial” (Martínez-Salgado, 2012; Teddlie & Yu, 2007), y el uso de la técnica *snowball*, esta técnica es una de las más apropiadas para este tipo de investigación, debido al tipo de complejidad para obtener las entrevistas. La forma de abordar a las entrevistadas se dio dependiendo de la disponibilidad y el tiempo de las mujeres.

Para un primer grupo de las entrevistas, se estableció por medio del personal técnico una búsqueda en la base de datos, las mujeres que tuvieran cita clínica o de seguimiento en la semana, posteriormente se coordinaba con la siquiatra o la psicóloga encargada de la paciente para que cediera en promedio de entre 20 a 35 minutos (lo que duraba una entrevista), se reservaba “una sala que tuviera las condiciones apropiadas” de acuerdo con lo que menciona (Ghiglione & Matalon, 2001, p. 70). La duración del proceso de entrevistas a profundidad, recopilación de datos, observación no participante, fue de alrededor de 3 meses, iniciando en marzo y finalizando en mayo.

5. Limitaciones en la investigación

Considero que todo proyecto de investigación tiene limitaciones ya sea en cuanto a su formulación inicial, ya sea por el “desconocimiento del campo de investigación” en donde se va a realizar la investigación, la forma en la que se va a aplicar la misma, sin dejar de mencionar las falencias del propio investigador, así como ciertamente sus propios valores, que pueden hacer que la investigación tome rumbos no planificados. Sin embargo, cuando a limitaciones externas nos referimos, procesos burocráticos, procedimientos administrativos, pueden ralentizar mucho más una investigación, hasta cierto punto creando condiciones no contempladas en el formato inicial. Se han identificado 4 aspectos que condicionaron esta investigación:

5.1. Procedimientos Administrativos y Comité de Ética.

Para esta investigación, se elaboró un protocolo de investigación que fue sometido a evaluación en el Comité de ética de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Valle del Tejo, ARS/LVT, el cual es una unidad que forma parte de la División de Intervención en los Comportamientos Adictivos y Dependencias, DICAD. Son los responsables de avalar las investigaciones clínicas como académicas. Sin los permisos correspondientes no se hubiese podido realizar las entrevistas.

5.2. Lenguaje “simple” y diferencias culturales.

Las diferencias lingüísticas al momento de las entrevistas, pueden resultar de impacto al momento de esta. Se hizo uso de un dialogo simple y coloquial en las entrevistas, sin embargo, se presentaban ciertas limitaciones lingüísticas, que una vez abordado el terreno y establecido un “rapport” fueron reduciéndose. Al ser las entrevistas grabadas, se conseguía repetir cuantas veces se requiere, hasta obtener la información. Por otro lado, y como menciona Carmo, (1998) “las diferencias culturales, juegan un papel importante, entre el entrevistador y el entrevistado y pueden constituir en serios obstáculos de comunicación” (p. 127). Limitaciones que suelen ser subsanadas en la marcha, sin mayores contratiempos para la investigación.

5.3. Estableciendo confianza o “rapport”

La complejidad de este punto, se debe al abordaje inmediato y sin establecer un rapport con la entrevistada, lo que puede ocasionar limitantes en el dialogo. Para esta investigación se estableció un marco de confianza mediante la recomendación in situ por medio del personal técnico. A partir del primer acercamiento, se presentaba el consentimiento informado y si la persona accedía, se conseguía la entrevista. No es fácil hacer que una persona hable de su vida privada a desconocidos y menos de información sensible, que quiere no ser recordada. A esto, Foddy (1996), indica que existe el riesgo de tener información “sobrerelataada”, existen, además, otras limitaciones al aplicar las entrevistas, como, por ejemplo: el estímulo por parte del entrevistador hacia la entrevistada, puesto que al no existir interés por parte de la entrevistada es muy posible recibir información inmediata y falsable para salir del momento.

5.4. Desarrollando una “Grelha” para las entrevistas.

Cuando de entrevistas tratamos, se puede llegar a un punto que se torna complejo y hasta convertirse en un dilema en cuestión metodológica, más, si en todo caso las informaciones son abundantes y enriquecedoras, cosa que como investigador lo hacen valorar cada uno de los mensajes detrás de cada respuesta. A esto, Bardin (2018, p.116), hace referencia “a lo raramente posible de establecer “grelhas” categoriales únicas y homogéneas, debido a la complejidad y la multidimensionalidad del material verbal”. Toda información es valiosa, sin embargo, siempre se trata de conseguir depurar la información más relevante en la elección de cada esquema, que posteriormente pasara a formar las categorías y subcategorías. El problema gira entorno a como decidir cuál es más importante, teniendo en cuenta que cada palabra encierra en sí, un concepto y una definición. Al decantar el contenido y seccionarlo, encontramos que podemos construir nueva información a partir del cruce de información obtenido.

IV – PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS

1. Caracterización sociodemográfica

Se entrevistaron 17 mujeres con la siguiente caracterización sociodemográfica.

Cuadro 1. Descripción por Edades.

Edades (años)	
31-39	5
40-49	6
50-55	6
Total	17

En el cuadro 1., descripción por edades, la media de edad es de 44 años, la edad mínima de 31 años y la máxima de 55 años.

Cuadro 2. Descripción por Nacionalidad.

Nacionalidad	
Portugal	15
Brasil	1
Mozambique	1
Total	17

En el cuadro 2., descripción por nacionalidad, la mayoría de las mujeres son de nacionalidad portuguesa.

Cuadro 3. Descripción por Estado Civil

Estado Civil	
Soltera	11
Divorciada	2
Casada	1
Unión de hecho	3
Total	17

En el cuadro 3., descripción por estado civil, en su mayoría respondieron estar solteras, con algún tipo de relacionamiento esporádico o amigos “coloridos”. La que respondió estar casada se encontraba en proceso de divorcio.

Cuadro 4. Descripción, con quien reside actualmente.

Con quien vives actualmente	
No Indico	7
Con los hijos	3
Marido	2
Sola	3
Madre e hijo	1
Marido e hijo	1
Total	17

En el cuadro 4., descripción con quien reside, en su mayoría no indicaron o no supieron responder con quienes estaban actualmente residiendo, el resto indico vivir con los hijos, el marido, sola, con la madre o con el padre de los hijos.

Cuadro 5. Descripción de si realiza alguna actividad profesional.

Actividad profesional	
Si	8
No	9
Total	17

En el cuadro 5., descripción de la actividad profesional, en su mayoría indicaron ejercer una actividad profesional, las cuales son: administrativa, servicios de limpieza, *Call Centers*, publicista, *web designer*, técnica de reducción de daños, servicios de cuidado de adultos mayores, una no indico su profesión por seguridad. Las que indicaron no trabajar, reciben ayuda de reinserción, RSI, ayuda de la familia, el marido trabaja, algunas no tienen con quien dejar a los hijos, o renunciaron al empleo para entrar a una comunidad terapéutica para continuar los tratamientos.

Cuadro. 6. Descripción por Creencia religiosa.

Creencia religiosa	
Católicas	7
Pagana	1
Cristiana	1
Espiritista	1
Tengo mi propia fe, a mi manera	3
Total	13

En el cuadro 6., descripción por creencia religiosa, la mayoría indico tener una creencia, de las que indicaron no tener ninguna creencia religiosa, no profundizaron en las razones.

Cuadro. 7. Descripción por Nivel de Escolaridad

Nivel de escolaridad	
4º año	1
5º año	1
7º año	1
9º año	4
11º año	1
12º año	4
Técnico	1
Licenciatura	4
Total	17

En el cuadro 7. descripción por nivel de escolaridad, la mayoría tiene una formación profesional de nivel superior (licenciatura), o con grados de escolaridad de 12º y 9º año.

Cuadro. 8. Descripción, Tenencia de hijos

Tenencia de hijos	
Si	12
No	5
Total	17

De acuerdo con el cuadro, 8. descripción respecto a la tenencia de hijos, la mayoría respondieron tener hijos, en promedio de 1 a 2 hijos. Siendo la mayoría, mayores de edad.

2. Categorización

Se utilizó el método de “unidad de análisis categorial”, que propone (Bardin, 2018, p. 199), en la estrategia de análisis de contenido para la realización de inferencias, se utilizó el corpus de las entrevistas y se secciono por tema.

Al ser un abordaje cualitativo y teniendo en cuenta que no se busca demostrar hipótesis, se utilizó indicadores no frecuenciales, como los de (ausencia/presencia) los cuales son “susceptibles de permitir inferencias necesarias en el análisis” (Bardin, 2018, p. 140). Las categorías utilizadas son: Inicio del consumo de drogas, durante el tratamiento, después del tratamiento y a futuro, para las subcategorías se usaron las preguntas de las entrevistas.

La codificación de las subcategorías y posterior selección de los temas en el corpus, se realizó de forma axial, se agruparon en bloques “cajas” y luego por temas, siempre vinculando las subcategorías y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación. En la figura 2.1. se puede apreciar la distribución de los bloques a manera general.

Categorías		
Inicio del consumo de drogas	Durante el tratamiento	Después del tratamiento y a futuro
Subcategorías		
Edad de inicio	Motivo para desistir	Percepción después del tratamiento
Substancia de inicio	Tiempo en el tratamiento	Percepción de empleo
Motivo del primer consumo	Percepción sobre las mujeres toxicodependientes	Percepción sobre la descriminalización
Contexto de iniciación	Percepción sobre el consumo actual	Proyección a futuro/planes
Compañía de inicio	Situación de discriminación/estigma	Oportunidad de cambiar algo
Periodos de consumo		
Consiguiendo la droga	Recaídas	
Situación de Violencia	Motivo de las recaídas	
Conflictos con la ley	Periodo de recaída	
Relación en el trabajo	Uso de metadona	
Relación con los hijos	Periodo de uso	
Relación con la familia		
Relación con los amigos		

Figura.2.1. Categorías y Subcategorías

La primera categoría indicada como: Inicio del consumo, abarca las subcategorías: edad de inicio del consumo, motivaciones para el consumo, tipos de drogas, experiencias para adquirir la droga, experiencias de violencia física o sexual, situación de prisión o conflictos con la ley, relación en el trabajo, con los hijos, con la familia y con los amigos. Estas subcategorías buscan identificar y conocer las trayectorias iniciales de consumo, y utilización de drogas en las mujeres, sus experiencias primarias, conflictos personales, vivenciales y como era su relación con las drogas en ese entonces, así como han ido desarrollándose con el tiempo, especialmente relacionados en un contexto masculino.

La segunda categoría es la de: durante el tratamiento, en esta categoría se encuentran las subcategorías: motivo para desistir del consumo de drogas, el tiempo que llevan en el tratamiento para dejar de consumir, la percepción que se tiene sobre la mujer toxicod dependiente en contexto masculinizados, percepción de estigma o discriminación, así como la percepción sobre el consumo actual de drogas, las recaídas, motivos de las mismas, el uso de la metadona como tratamiento y los periodos que tienen. Con estas subcategorías se busca consolidar de forma diacrónica las experiencias de vida de las utilizadoras de drogas, en un contexto presente, en donde entran a relucir situaciones o secuelas de los consumos primarios siempre de forma marcantes y pocas veces superados.

La tercera categoría es la de: después del tratamiento y planes a futuro, si bien en esta categoría se encuentran las subcategorías: percepción de después del tratamiento, percepción de empleo a futuro (en caso de estar desempleadas), percepción sobre la descriminalización del consumo de drogas en Portugal, y planes personales a futuro o cosas que quisieran cambiar en su vida. Estas preguntas buscan profundizar en elementos que durante las entrevistas no hayan sido abordados, puesto que se presentan preguntas que hacen reflexionar sobre los anhelos, temores y esperanzas, en un contexto en donde estarían en la etapa de superación de los consumos.

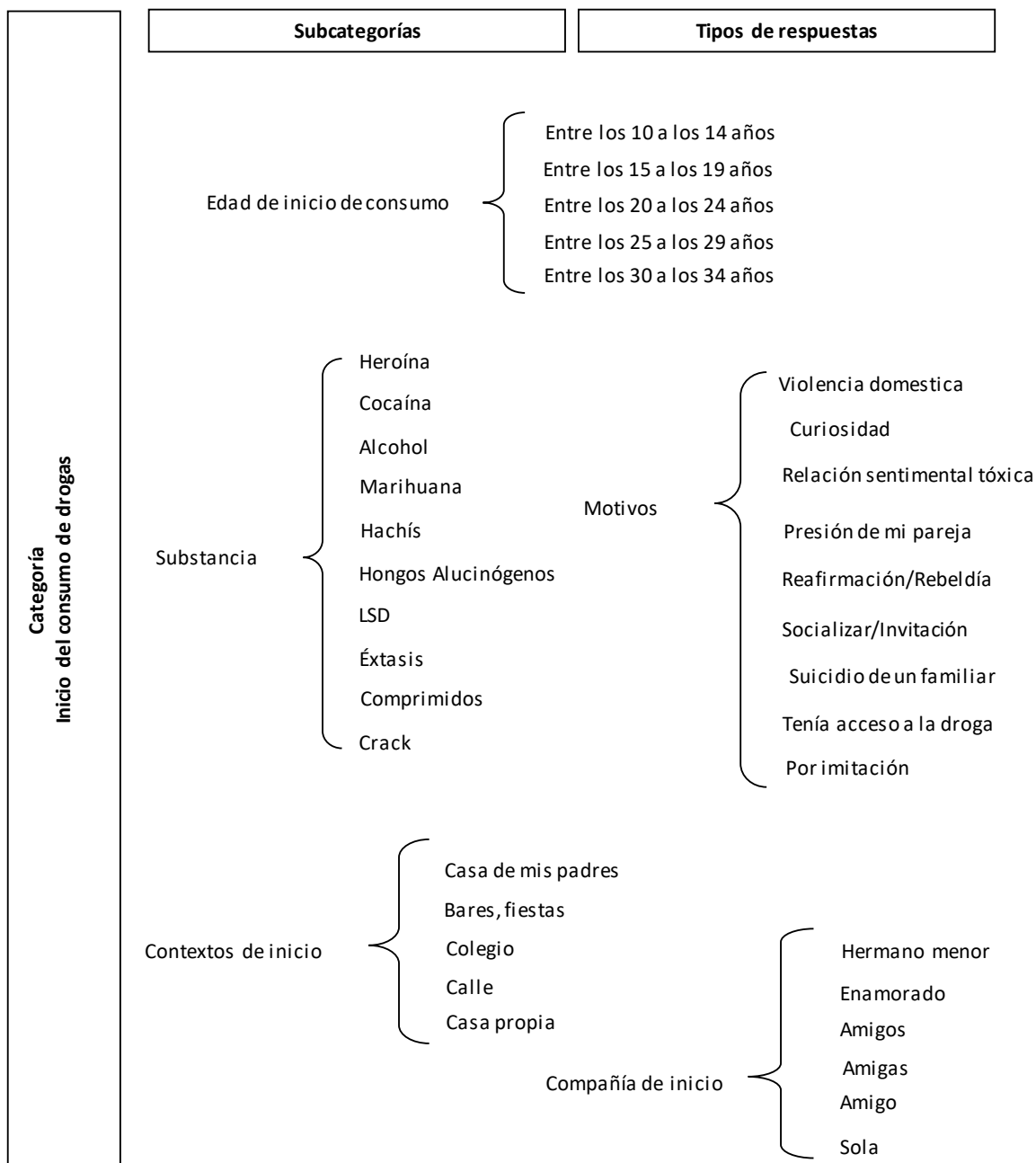


Figura. 2.2. categoría, inicio de los consumos de drogas.

En la figura 2.2. categoría inicio del consumo de drogas, se puede apreciar las subcategorías correspondientes y los tipos de respuestas que dieron cada una de las entrevistadas, algunas respuestas están agrupadas en una misma definición por ser similares en cuanto a la lógica de la respuesta correspondiente.

En la subcategoría; edad de inicio del consumo, los tipos de respuestas se agruparon quinquenalmente para poder ordenarlos, al ser muy variadas las respuestas. De las entrevistadas, en su mayoría indicaron haber comenzado en la adolescencia, el resto comenzarían más tarde en la etapa adulta.

En la subcategoría tipo de sustancias de inicio; el tipo de droga con la que mayoritariamente estarían consumiendo las mujeres en su inicio son “ganza” (marihuana), luego estaría el alcohol, la heroína y la cocaína como drogas de inicio.

En la subcategoría; motivos de consumo, tenemos; que algunas mujeres estarían iniciando como una cuestión de reafirmación o rebeldía, curiosidad, presión grupal, por imitación, otras lo utilizarían como un elemento de escape al dolor, o a una situación de violencia.

En los contextos de estos consumos se estarían desarrollando en lugares como; fiestas, bares, casa de los padres, el colegio, siendo este punto de inicio una manera muy frecuente en las respuestas dadas.

En la subcategoría; compañía de inicio, las compañías con las cuales se darían los primeros consumos son igualmente variadas; familiares, el enamorado, los amigos, las amigas, un amigo y por último los consumos a nivel solitario por imitación. Teniendo en cuenta que estos inicios están asociados a relacionamientos con hombres en sus etapas primarias, posteriormente muchas respondieron que conseguían consumir a manera independiente luego de haber aprendido la manera de hacerlo, los consumos se volvían solitarios.

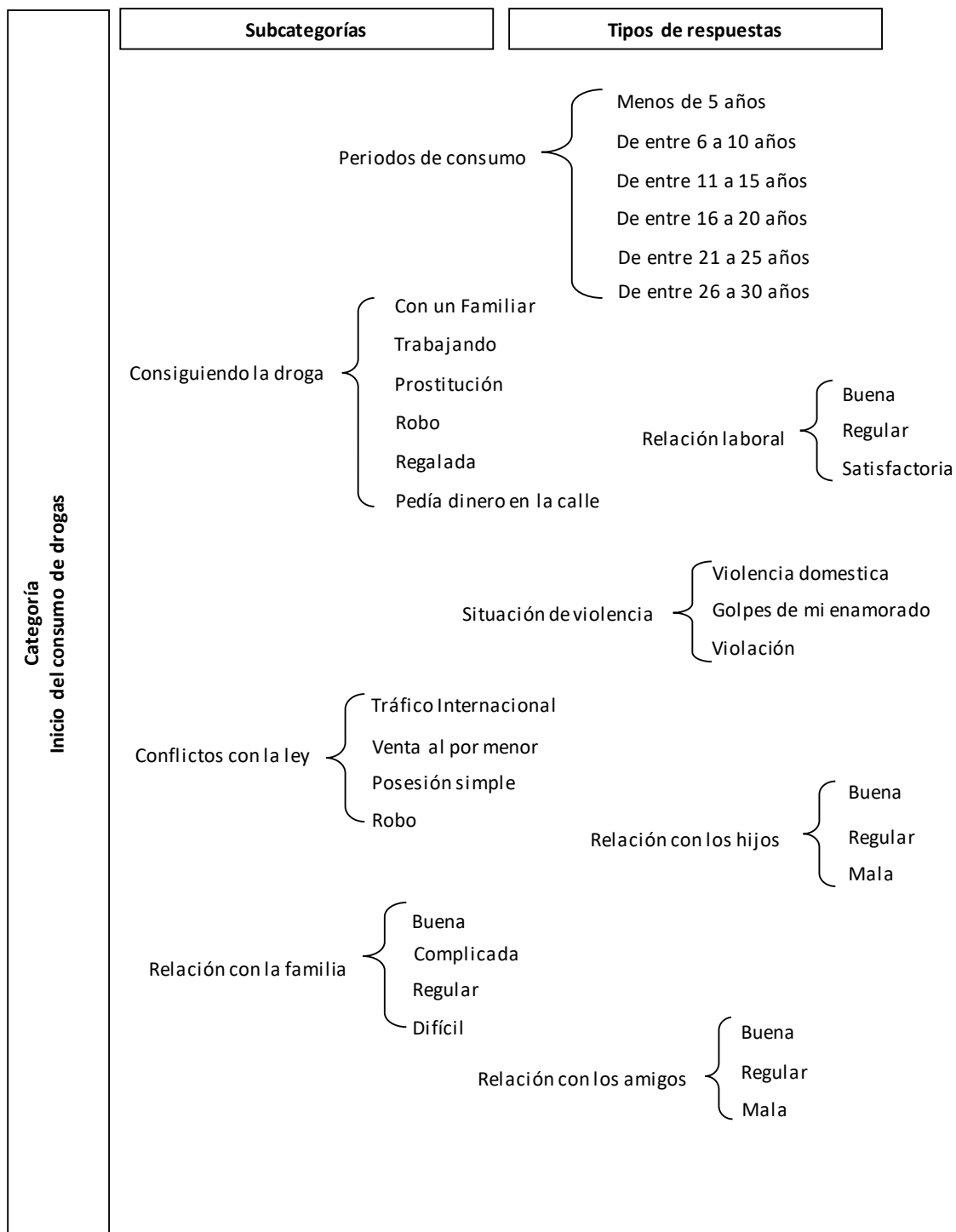


Figura 2.3. categoría, inicio de los consumos de drogas

En la figura 2.3. se aprecia la subcategoría; periodos de consumo, se presentó a manera quinquenal, dado que muchas de las respuestas que daban las entrevistadas proporcionaban información para agruparlas en periodos cortos o largos, siendo el mínimo de años de consumo de 2 años y el máximo de 30 años.

En la subcategoría; consiguiendo la droga, los tipos de respuestas son: conseguían la droga por medio de un familiar, casi siempre trabajaron, prostitución para pagar el consumo, robo, asaltos, regalada por medio de amistades, y pedir dinero en la calle.

En la subcategoría relación laboral; de las que respondieron que tenían empleo o tuvieron un empleo cuando mantenían los consumos, tenemos que respondieron, que su relación laboral era buena, regular o satisfactoria, ninguna respondió de forma negativa.

En la subcategoría; si vivieron situación de violencia ya fuese física o sexual, las respuestas agrupadas fueron; violencia doméstica, golpes por parte de los enamorados, y violación. Si bien, estas respuestas eran en relación a si habían vivido algún tipo de violencia y cual era, muchas de las que habían ejercido la prostitución indicaban haber sido víctimas de agresiones que identificaban como propias de la actividad sexual, las que no, también indicaban agresiones producto en su mayoría de la pareja sentimental bajo efectos del alcohol.

En la subcategoría; conflictos con la ley, las respuestas agrupadas son: tráfico internacional, venta de droga al por menor, posesión simple y robo. En la subcategoría relación con los hijos, de las que indicaron tener hijos al momento de iniciar los consumos, respondieron en su mayoría que su relación era buena, por su parte un porcentaje indicaba tener una relación regular respecto a la situación del cuidado y crianza de los hijos que estarían en riesgo de ser llevados por protección de menores, las que respondieron que su relación era mala, se debía a una situación de alejamiento por parte los hijos adolescentes.

En la subcategoría; relación con la familia de la consumidora, las respuestas se agruparon en buena, complicada, regular y difícil, no se mencionó una relación mala. Por último, en la subcategoría relación con los amigos; las respuestas agrupadas fueron; buena, regular, mala.

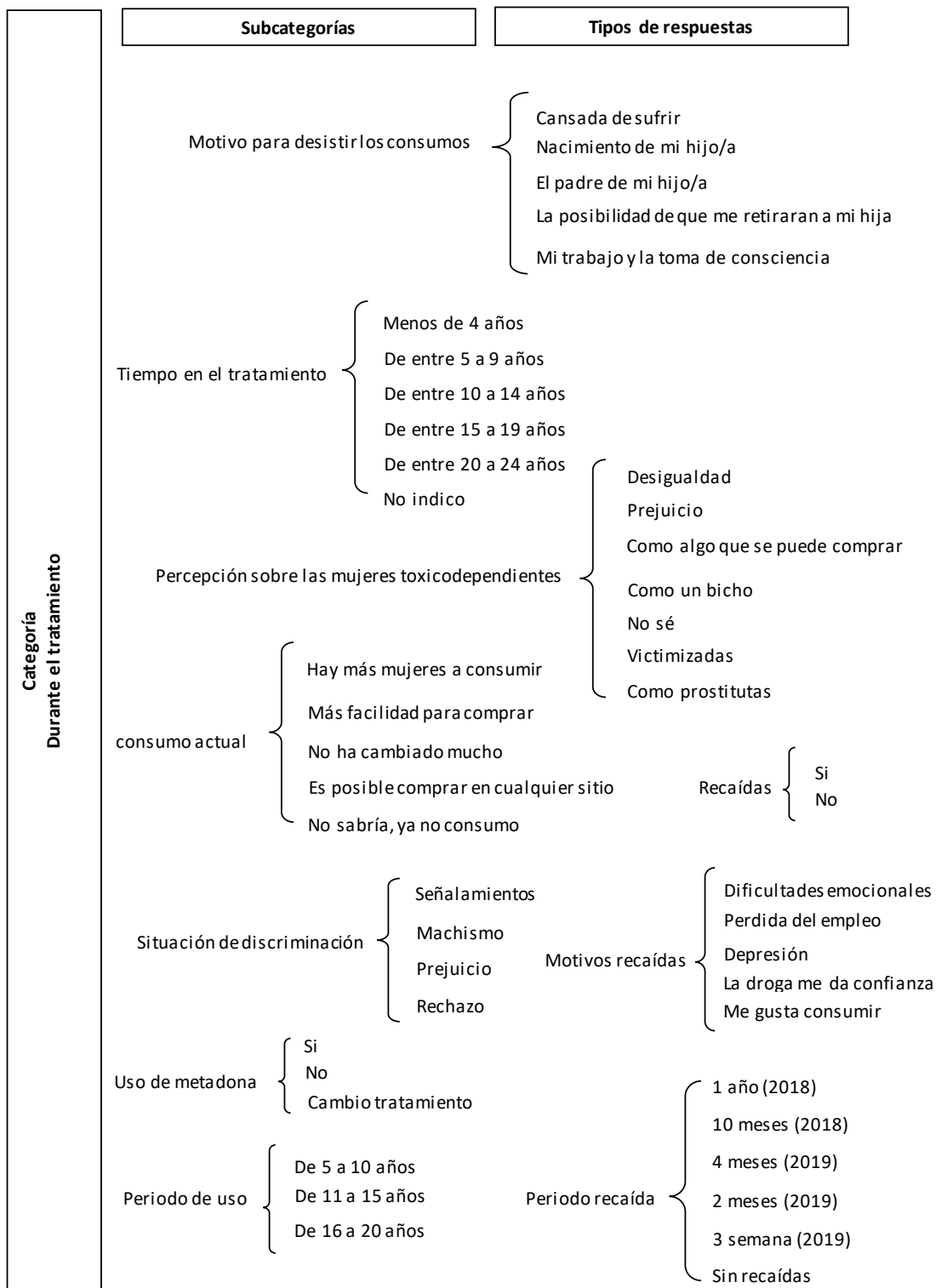


Figura 2.4. categoría, durante el tratamiento.

En la figura 2.4. categoría; durante el tratamiento, subcategoría; motivo para desistir los consumos de droga, los tipos de respuestas agrupados fueron; cansada de sufrir, por el nacimiento de su hijo/a, el padre de mi hijo/a, la posibilidad de que me retiraran a mi hijo/a, mi trabajo y la toma de consciencia. Esta subcategoría corresponden a las razones por la cual las mujeres optaron por hacer un cambio en su vida y que las llevo al mismo. En la subcategoría; tiempo en el tratamiento, tenemos; los tipos de respuestas agrupados en quinquenios, con un periodo mínimo de 8 días mientras que el máximo es de 20 años.

En la subcategoría; percepción que se tiene sobre las mujeres toxicodependientes, se buscaba obtener respuesta de como sentían que eran percibidas las mujeres toxicodependientes en contexto masculinizados, los tipos de respuestas se agruparon en: desigualdad, prejuicio, como algo que se puede comprar, como un bicho, no sé, victimizadas, como prostitutas.

En la subcategoría; consumo actual, se busca conocer la opinión de las mujeres respecto al consumo actual de drogas, los tipos de respuestas agrupados fueron; hay más mujeres a consumir, más facilidad para comprar droga, no ha cambiado mucho, es posible comprar en cualquier sitio, y, por último, no sabría, ya no consumo. De igual forma se agregaron en las subcategorías preguntas sobre si habrían sufridos recaídas mientras estaban en tratamientos, las cuales indicaron en su mayoría que sí, otras en menor cantidad que no.

En la subcategoría; motivos para las recaídas, las respuestas agrupadas fueron; dificultades emocionales, perdida del empleo, depresión, la droga me da confianza, me gusta la droga. Además, se agregó la subcategoría periodo de recaídas, considerando el momento en que se realizaba la entrevistas, las respuestas agrupadas fueron; que habrían sufridos recaídas de no más de 1 año en su gran mayoría, otras con apenas 3 semanas de haber consumido, mientras que un grupo reducido indicaba no haber tenido mayormente recaídas. Se les pregunto sobre el consumo de metadona, las cuales indicaron, que estaban tomándola, las que no tenían consumos con heroína indicaban que no y otras habían hecho cambio de medicación. Los periodos de uso de metadona podrían variar de 5 a 20 años, dependiendo del tipo de consumo que la persona tuviera y la cantidad.

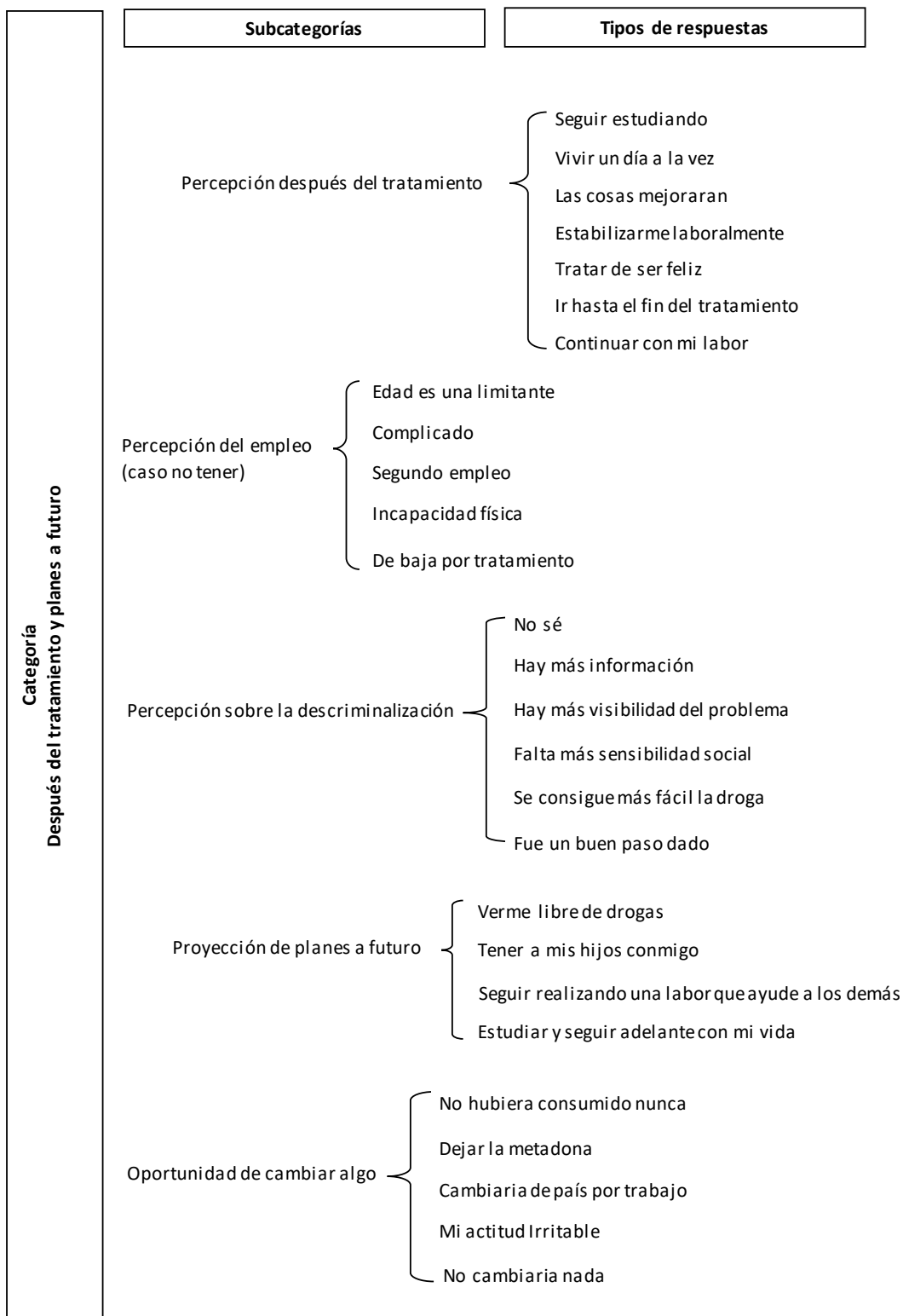


Figura 2.5. categoría, después del tratamiento y planes a futuro.

En la figura 2.5. categoría; después del tratamiento y planes a futuro, encontramos la subcategoría; percepción después del tratamiento, en ella agrupamos los tipos de respuestas de la siguiente forma: seguir estudiando, vivir un día a la vez, las cosas mejoraran, estabilizarme laboralmente, tratar de ser feliz, ir hasta el fin del tratamiento y continuar con mi labor. En la subcategoría percepción de empleo a futuro (en caso de no tener empleo) los tipos de respuestas agrupados fueron los siguientes; edad es una limitante, complicado, segundo empleo, incapacidad física, de baja por tratamiento.

En la subcategoría percepción sobre la descriminalización del consumo de drogas; los tipos de respuestas agrupados son: no sé, hay más información, hay más visibilidad del problema, falta más sensibilidad social, se consigue más fácil la droga y, por último, la frase; fue un buen paso dado.

En la subcategoría; proyección de planes a futuro, los tipos de respuestas agrupados son: verme libre de drogas, tener a mis hijos conmigo, seguir realizando una labor que ayude a los demás, estudiar y seguir adelante con mi vida.

En la última pero no menos importante subcategoría se le pregunto a las entrevistadas, si tuvieran la posibilidad de cambiar alguna cosa en su vida, ellas respondieron; no hubieran consumido nunca, dejar de consumir metadona, cambiaria de país por trabajo, cambiaría mi actitud irritable, no cambiaría nada.

3. Discusión de los resultados.

Luego de haber procesado las categorías y las subcategorías con sus respectivos tipos de respuestas siguiendo el método de análisis categorial, procedemos a la discusión de los resultados. Haciendo las inferencias necesarias con relación a los objetivos de la investigación, se seleccionaron las respuestas más relevantes de las entrevistas para el análisis en cuestión, la forma en que fueron seleccionadas los párrafos de las entrevistas se debió a la relevancia de esta, dado que aportaban información novedosa para los objetivos de la investigación. Si bien, todas las entrevistas contienen información de valor, algunas informaciones eran agrupables, dando por resultado la elección de bloques de información en particular.

Categoría: Inicio del consumo de drogas.

Entrevista /subcategorías	Edad de inicio de consumos	Substancia de inicio	Motivos de inicio	Contexto de inicio	Compañía de inicio
E.01.	...tenía 29 años, por increíble que parezca...	Con heroína...fue horrible...yo tenía horror a las drogas...	...me separe del padre de mi hijo... de quien era víctima de violencia domestica...me dije, yo voy a meterme a la droga, porque si yo me meto a la droga él se va...	...huía de la casa de mi compañero e iba a refugiarme a la casa de mis padres...que habían fallecido...	...llegue a la casa de mis padres y estaba mi hermano menor...le pedí que me diera de fumar...
E.02.	...yo tenía 17 años...mis padres me alejaron del que era mi novio...	...marihuana...luego vino la cocaína y el éxtasis...	...a los 30 años volví a encontrarme al padre de mi hijo...él estaba acabado...quede agarrada...	...en salidas con amigos...	...amigos o en ese entonces el padre de mi hijo...
E.04.	...comencé a usar drogas a los 33 años y usé durante 13 años...	...cocaína...desde pequeña tenía inmenso terror a las drogas...nunca quise experimentar...	...fue en un contexto en que comencé a vivir con un hombre...esa relación era completamente destructiva...	...salíamos a bares, fiestas...	...enamorado...
E.09.	...18 años, hace ya mucho tiempo...	Con heroína...	...tenía curiosidad...el padre mi hijo era dealer...veía como hacían...un día ayudando a mi marido tome un poco para mí...	...en la casa de baño...	sola...
E.12.	...conocí la droga en mozambique con 14 años...	...en Portugal experimente hachís...nunca me gusto...luego vino la heroína...	...mi madre se suicidó...se lanzó del tercer andar...yo entre en una depresión...conocí a un hombre...	...en la calle...en la escuela...	Con un amigo...que me hablo de que eso me ayudaría aliviar el dolor...
E.15.	...después de los 15 años comencé a beber mucho...	...alcohol y a los 17 descubrí la cocaína...fue amor a primera vista...me daba poder...	...yo sentía que tenía poder...la cocaína entro en mi vida como un precursor...tenía más amigos...era menos tímida...	...en una ciudad de Minas Gerais...São Thome das Letras...	Con amigos...y amigas...
E.16.	...empecé con 15 años...	Empecé con "ganza" luego surgió la oportunidad de probar heroína...	...había visto a mi prima fumar y sentía mucho afecto por ella...fumaba hachís con mis amigos...pero después conocí a un hombre que me dio de probar heroína.	...en la escuela...en la calle...	Con amigos...con un amigo...
E.17.	...tenía 12 años cuando comencé a usar drogas...	...era normal fumar hachís...luego vino, la cocaína y la heroína mucho más tarde...	...no había mucha información en esa altura y mis padres estaban muy desatentos conmigo...conocí gente fuera del liceo...	...liceo...calle...	Con amigas mucho más viejas que yo...

Análisis: De las entrevistadas en su mayoría indicaron haber iniciado la utilización de drogas en la etapa de la adolescencia. Da Agra (2008), define esto como la edad de inicio “normalizada”, de acuerdo con (Nogueira, 2002; Torres, et al, 2008) la adolescencia sería un periodo de maduración orgánica, en donde el individuo se encuentra en una etapa particularmente frágil y de confusión, dispuesto a aceptar cualquier cosa para conseguir un alivio, siendo la pubertad el principio del fin de la infancia. De entre las mujeres entrevistadas se pudo constatar que un grupo presentaba inicios tardíos, yendo en contravía con lo que se piensa generalmente sobre la edad de inicio. Las condiciones de inicio no se manifiestan de la misma manera en todas las mujeres, en primera instancia por el *temor/terror* que indicaban tener hacia las drogas, por experiencias ajenas y por conocimiento de las consecuencias.

De acuerdo con Cardoso y Manita, (2004), existe en cierta manera un “estigma de la mujer toxicodependiente” que retrasaría la entrada a estos consumos. De las entrevistadas que tenían inicios por encima de los 25 años, indicaban, estar sorprendidas cuando

repararon que estaban agarradas a las drogas. (E.01) *...tenía 29 años por increíble que parezca...*, (E.04) *... comencé a usar drogas a los 33 años y utilice durante 13 años...*, la sustancia con las que en su gran mayoría estarían dando inicio, se mantiene predominantemente en la “ganza” o cannabis, sin embargo, esta no sería la principal causa para estar agarradas. Trigueiros, et al, (2010), indica que el cannabis ha sido casi siempre, una droga de consumo primario, siendo que hoy en día, continua teniendo una elevada prevalencia de consumo, con la diferencia de que estos consumos se habrían visto incrementados en las mujeres en comparación a los últimos años, (Dependências, 2019, p. 3). Este consumo se “abría incrementando, en cuanto a frecuencia de 31 días, con relación a los hombres” (Balsa, et al, 2018, p. 84). De igual forma el consumo de “cocaína en los últimos 12 meses, representa un aumento en comparación con los hombres” (Balsa, et al, 2018, p. 98). Otra de las drogas de entrada que estarían representando mayores riesgos en cuanto a la población consumidora sería el alcohol, seguido de la heroína, y la cocaína, de entre las entrevistadas manifestaron que antes de probar cualquier droga ilegal o droga dura, ya tenían complicaciones con el abuso del alcohol, (E.15.) *...comencé con alcohol, bebía mucho, luego descubrí la cocaína y fue amor a primera vista, me daba poder... podría beber mucho más...*, Gómez y Muñoz, (2011) dice que normalmente “la identidad femenina se ve alterada por el consumo, algunas se ven a sí mismas poderosas, fuertes, independientes y seguras, pierden el miedo y se dicen mentiras” (p.217).

Los primeros consumos están asociados casi siempre a una forma de manifestación social o grupal, a una “búsqueda de placer y diversión” (Romo, 2004), así como también, a un núcleo proveedor de la droga, siendo que “raramente se hace el primer consumo de forma solitaria” (Mesquita, 2006). Entre algunos de los motivos, que dieron las entrevistadas encontramos respuestas agrupadas como: curiosidad, violencia doméstica, para aliviar el dolor, la imitación y la desatención parental.

Entre algunos de los motivos que más llamó la atención tenían que ver con la violencia doméstica, (E.01) *... me separe del padre de mi hijo, de quien era víctima de violencia doméstica, me dije, yo voy a meterme a la droga, porque si yo me meto, él se va a ir...*, (E.04) *... comencé a vivir con un hombre, esa relación era completamente destructiva...*, además de violencia domestica también el dolor y la depresión, (E.12) *... mi madre se suicidó cuando yo tenía 14 años, se lanzó del tercer andar, yo entré en una depresión... luego conocí a un hombre...que me dijo que esto me aliviaría.*

Estos inicios de consumos se estarían desarrollando mayoritariamente en contextos como: el escolar, en la calle con los amigos, en la casa, acompañados en su gran mayoría por

pares masculinos, en general enamorados o amigos, que vendrían a ser el elemento iniciante, si bien, este par masculino no necesariamente ha de ser un consumidor, en algunos casos es el que provee la droga como “dealer/no-consumidor”. Algunas estarían iniciando en solitario, aunque es menos frecuente y poco convencional, o con amigas, las cuales jugarían un rol de iniciadoras, de las que no saben o no conocen la forma de consumir (E.17) *...comencé a frecuentar amigas afuera del liceo mucho más viejas que yo, con que yo consumía...*, en algunos casos el “consumo es facilitado por un familiar”, (Torres, et al, 2008, p. 25), en este caso por el hermano de la utilizadora, quien no opondría resistencia a compartir la droga de consumo.

Entrevistas/s ubcategorías	Periodos de consumo	Consiguiendo la droga	Situación de violencia	Conflictos con la ley	Relación laboral
E.02.	...tuve alrededor de 12 años...después estuve mucho tiempo sin consumir nada...	...tuve que prostituirme...los dealers me ofrecían droga a cambio de sexo y yo accedía solo con el que tuviera...no fue por mucho tiempo...siempre trabajé	...no, nada...Él era buen amigo (el marido y padre del hijo)	...fui detenida en marruecos dos veces por traficar hachís en bolotas en mi estómago, tuve que quedar 3 días hasta defecar todo, y una fui a Brasil...pero nos dio miedo, y no lo hicimos, en España también me detuvieron...y me dieron 2 años de pena suspensa...nunca más volví.	...es buena...casi siempre tuve trabajo.
E.06.	...yo estuve poco tiempo consumiendo drogas, caso 2 años...	...mi madre me daba dinero para comprarla...	No...	...estuve detenida 6 meses por robo a una joyería...	...estoy desempleada...mi marido es el que trabaja...
E.09.	13 años...	...primero comenzamos robando para pagar el vicio, luego que el quedo preso...yo tuve que irme a la prostitución...alrededor de 3 años de prostitución...	No...	...estuve detenida 3 veces...la primera estuve 3 meses por robo a una tienda, la segunda tuve 9 meses. (¿y la segunda fue por?) tenía pena suspensa y algo salió mal y termine en la cárcel, (¿y la tercera?) 2 años, por asalto a un hombre que solo tenía 7 euros...(risas de la entrevistada)	Regular...no puedo contar muchas cosas porque hablarían de mi y me estigmatizarían...por mi pasado.
E.12.	Alrededor de 19 años...	Pedía dinero en las calles a turistas...les contaba historias, como yo hablo muy bien inglés...viví en Inglaterra.	...sufrí una violación en África del Sur, al ir a comprar droga...era muy tarde y estaba oscuro...fui atrapada por 3 hombres...	...estuve detenida en Inglaterra por 1 año y medio, por tráfico de hachís, luego volví a Portugal...acá conocí al padre de mi hijo acá...que también había sido deportado de Inglaterra...y también había estado detenido en la cárcel...	No tengo empleo...no tengo donde dejar a mis hijos...ninguna guardería tiene espacio...ya lo intente.
E.16.	Alrededor de 16 años...	Prostitución, robo, vendía cosas de valor...	...sufrí agresiones por parte de mi enamorado...él me golpeaba cuando me descubría consumiendo sola...	...una vez fui atrapada robando en Pingo Doce...en general fue un susto y ya...	...no podría hablar con nadie del trabajo de mi situación...es complicada...

Análisis: El tiempo de utilización de drogas en las mujeres, puede variar de los 2 años como consumo mínimo, a 30 años, como consumo máximo. Estos periodos tendrían paradas esporádicas, ya sea por estar en una comunidad terapéutica o por haber iniciado el tratamiento. Mayoritariamente la forma en que las mujeres que están sin trabajo o no reciben ayuda de la familia, logran conseguir dinero, es a través de la prostitución, Moreira (2013), nos dicen que las “prostitutas toxicodependientes” estarían más condicionadas por la dependencia a la utilización de la droga, que las “prostitutas

tradicionales”. Adicional al hecho de que la violencia de la que son víctimas hace que cada vez menos mujeres obtén por esta modalidad. Otras de las maneras de conseguir la droga es por medio del robo y el asalto, sin embargo, estas continúan siendo menos frecuentes, de las que indicaron cometer robos o asaltos, lo hacían en compañía de pares masculinos en su mayoría, de igual forma motivados por la dependencia a la droga.

Las implicaciones del consumo casi siempre vienen asociadas a la violencia y la agresión física o sexual, algunas mujeres indicaron haber sido víctimas de violaciones, (E.12) *...sufrí una violación en África del Sur, al ir a comprar drogas...era muy tarde en la noche y estaba oscuro...fui atrapada por tres hombres...*, (E.16) *... sufrí agresiones de mi enamorado...el me golpeada cuando me descubría consumiendo sola...*

Los conflictos con la ley en su mayoría son por posesión de droga, tráfico internacional y robo vinculados al consumo de drogas. (E.02) *...fui detenida en marruecos dos veces por traficar hachís en bolotas en mi estómago, tuve que quedar 3 días hasta defecar todo, y una vez fui a Brasil, pero nos dio miedo, (mi marido y yo), y no lo hicimos, en España también me detuvieron...y me dieron 2 años de pena suspensa...nunca más volví...*, (E.09) *...estuve detenida 3 veces...la primera estuve 3 meses por robo a una tienda, la segunda 9 meses, por algo que salió mal, no sé ni porque, y la tercera fueron 2 años, por asalto a un hombre que solo tenía 7 euros...(risas)*, (E.12) *...estuve detenida en Inglaterra por 1 año y medio por tráfico de hachís, luego volví a Portugal...acá conocí al padre de mi hijo que también había sido deportado de Inglaterra y también había estado preso...*

Cardoso y Manita (2004), comenta que las “carreras desviantes son activamente buscadas muchas veces por las mujeres en alternativa al trabajo adicional, porque proporciona “oportunidades de ganancias económicas más ventajosas, promueve la integración social y el prestigio de la comunidad” (p.18). Si bien, en principio puede parecer así, no todas las entrevistadas manifestaban “ganancias” o ingresos como tal, lo que, si vinculaban al tema, era la adrenalina, la euforia y el impulso por hacer actos en contravía con las normas de la ley. Las mujeres que podrían mantener un empleo y continuar con los consumos muchas veces se veían en la penosa situación de no poder manifestar sus angustias a nadie, con el temor de sufrir señalamientos, discriminación o estigma.

Entrevistas /subcategorías	Relación con los hijos	Relación con la familia	Relación con los amigos
E.01.	...cuando entre en la droga, tenía un hijo de 11 años y una niña de 4 meses que ya no vivía conmigo...cuando comencé a consumir estaba grávida del tercer hijo, y tenía horror que naciera con resaca. una vez que nació fue mi desgracia porque volví a consumir, tenía el riesgo de perder a mis hijos, ser retirados por protección de crianzas y jóvenes el más nuevo lo perdía y el más viejo iba para un colegio...	Difícil, mi hermano había muerto en mis brazos en la cárcel y mi hermano menor estaba agarrado en la droga...mis padres habían fallecido...	No tengo amigos...
E.02.	...yo trababa muybruta a mi hijo... (lágrimas y voz quebrada)	...mis padres se separaron y mi madre dejó a mi padre, toda la vida dijeron que mi madre era una mala madre por haber abandonado a mi padre con los hijos...cosa que no es cierta hoy en día es mi apoyo...	Buena...normal...
E.14.	...mi segunda hija fue retirada por el servicio de protección de menores cuando estaba ausente por un breve momento, nunca supe más de ella hasta después de 21 años, que ella me localizo...porque quería conocer a su padre y madre biológicos...tengo un segundo hijo de 18 años, el cual es mi vida.	Regular...la madre que adopto a mi hija le ha llenado la cabeza que yo soy una mala madre...	No tengo amigos...

Análisis: En cuanto a la relación con los hijos, la familia y los amigos, se tomó tres relatos breves que describían esta situación. La relación con los hijos muchas veces estaba mediada por la inestabilidad y el temor de que estos fueran retirados a sus madres por parte de la institución de protección de niñez y adolescencia. (E.14) *...mi segunda hija fue retirada por el servicio de protección de menores cuando estaba ausente por un breve momento, nunca supe más de ella hasta después de 21 años, que ella me localizo...porque quería conocer a su padre y madre biológicos...* A esto, Woods, 2000; Rosenbaum e Irwin, 1998; Taylor, 1998; Rosenbaum, 1997, (citado en Cardoso y Manita, 2004), dicen que, de acuerdo con diversos estudios, la mujer toxicodependiente no es necesariamente debido a cualquier déficit inherente a la estructuración de la personalidad, incapaz de asumir el papel de madre” (p.18).

Una de las ideas del pensamiento clásico respecto a la relación de hijos-mujer utilizadora de drogas, es que estas no son capaces de desempeñar el rol y función de una madre, a esto De Miguel Calvo, (2016), indica que el imaginario relacionado con la mujer está conectado con la esfera sexual, siendo que las utilizadoras de drogas llegarían a ser consideradas “mujeres caídas” y por tanto malas mujeres y malas madres, esto se convierte en una problemática debido a que limita la búsqueda de apoyo institucionalizado recreando mitos y temores. Urbano, et al, (2003), dice que “menos de una mujer por cada tres hombres estaría solicitando apoyo institucionalizado, por temor a perder a sus hijos o ser etiquetada como madres inadecuadas” (p. 16).

En cuanto a la relación de las familias de las mujeres toxicodependientes, estas estarían desempeñando en general un rol fundamental en cuanto al apoyo y soporte de las mujeres utilizadoras de drogas. Muchas manifestaron recibir apoyo de sus familiares para

proseguir con los tratamientos, en general, de una forma positiva., habría que destacar en general el rol de la madre de la utilizadora de drogas, como un pilar en el soporte no solo económico sino también moral.

A diferencia de lo que normalmente podría significar el apoyo del padre, este también está vinculado en el apoyo de la utilizadora de droga, en ausencia de la madre, de una forma mayoritariamente económica. Antes esto, Mesquita, (2006), nos dice que “no existe un modelo propio que pueda ser definido como propio de la toxicodependencia” (p.48). En cuanto a la relación con los amigos de una mujer utilizadora, estos se vuelven poco frecuentes, una vez dentro en los consumos de forma problemática. En su mayoría, las mujeres utilizadoras pierden los primeros núcleos de amigos con los cuales se daban los consumos de drogas. Muchas fueron estigmatizadas y señaladas por los primeros grupos de amistades, algunas al cambiar de droga, (marihuana para heroína), eran segregadas, terminaban siendo señaladas socialmente. Muchas veces, la soledad, el miedo y la vergüenza se convertirían en aliados de las mujeres que utilizan drogas.

Categoría: Durante el tratamiento

Entrevistas/s ubcategorías	Motivos para desistir el consumo	Tiempo en el tratamiento	Percepción de las mujeres toxicodependientes	Percepción sobre el consumo actual	Situación de discriminación/estigma
E.01.	...lo que me motivo a dejar la droga, fue mi hijo...durante los meses que faltaban para nacer yo suspendí el consumo de drogas...tenía miedo que la protección de menores me quitara a mi hijo...	...18 años, en las instalaciones del Taipa fue el primer lugar en donde escucharon mi problema...	...hay mucha discriminación hacia las mujeres...a diferencia de los hombres que también consumen, la gente juzga con mayor fuerza a las mujeres que a los hombres. Por ejemplo: yo que comencé a los 29 años, y con 3 hijos era señalada, mira aquella agarrada en la droga...	...hoy en día no es que haya más mujeres a consumir, lo que hay son más mujeres con recaídas, muchas mujeres que porque tienen problemas en casa no consiguen resolver o porque son víctimas de violencia doméstica que hay muchas...	...la discriminación es super pesada, demasiada para nosotras, mucho más que para los hombres...
E.02.	...el nacimiento de mi hijo...yo estaba viendo que lo trataba muy mal...	...tengo 7 años asistiendo al Taipa...	...las mujeres consumidoras somos muy maltratadas...tratadas horriblemente...en la maternidad cuando se enteraron de que yo era una madre consumidora y que yo iba a quedar con mi hijo fui grandemente maltratada, las enfermeras no tenía tolerancia ni se ponían en los zapatos de uno...como madre...yo quería únicamente ver a mi hija...	...hoy en día hay más mujeres a consumir...	...te estigmatizan...te señalan...te juzgan, te critican...
E.03.	...estaba cansada de la vida que llevaba...estaba cansada de tener que prostituirme por la droga...	...tengo 20 años en el tratamiento...	...las mujeres somos más victimizadas, violadas, maltratadas...los hombres piensan que la mujer es algo que se puede comprar...	...hoy en día las mujeres tenemos más capacidad de voluntad para dejar las drogas...	...hay mucha estigmatización...
E.14.	...estaba cansada de la vida que llevaba, pero una cosa era mucho más importante para mí, mi hijo...en tanto que cuando estuve grávida hacia la vida como podía...	...18 años de estar en tratamiento...	...pocos sabían que yo consumía, pero podría notar como me miraban...	...no sé, porque yo deje de frecuentar los lugares de consumo, Martin Moniz, Casal Ventoso, creo que ya no existe...	...somos muy discriminadas...

Análisis: Entre los principales motivos que señalan las mujeres para abandonar o desistir los consumos, esta; el temor de perder a sus hijos, así como una vida agotadora y humillante que las empuja a desear salir del consumo.

De acuerdo con Stocco et, al, (2002), indican que cuando una mujer adicta “escoge” deliberadamente tener un niño, “desde las fantasías les es dada la función de “libertador” casi como si fuera un salvador de las drogas, con poderes curativos” (citado en Gómez y Muñoz, 2011, p. 21). Por otro lado, y contrariamente a esto, también puede ser su desgracia. Algunas de las entrevistadas, manifestaban que durante los últimos días del embarazo habían conseguido dejar los consumos, sin embargo, pasado el puerperio, los consumos se intensificaron aún más, hasta no conseguir parar. A esto, Pimenta (1997), dice que: la situación del embarazo y el puerperio pueden verse como una crisis de desenvolvimiento psicológico y moral, una crisis que podría representar simultáneamente peligro y oportunidad, peligro de mayor desintegración, desorganización y

desajustamiento de la personalidad y oportunidad para obtener un nuevo nivel de integración y maduración (p. 33).

El apoyo por parte de la pareja sentimental, desempeña un rol importante en algunos casos, siendo que muchas lograron abandonar los consumos a partir del apoyo masculino.

El tiempo que llevan las mujeres en tratamiento puede variar, dependiendo de la magnitud de los consumos, algunas indicaban tener solamente algunas semanas de haber iniciado en el Taipa, otras llevan alrededor de 20 años, habiendo pasado por diferentes etapas de tratamiento, en las que se han visto internadas o en comunidades terapéuticas. Algunas indicaban que al principio les provocaba temor el buscar ayuda institucionalizada, por la idea de ser separadas de sus hijos. A esto, Frois, (2009) indica que es muy común que en un primer momento las personas que busquen ayuda se sientan fracasados o una “mala persona y sin principios” (p.135).

Por otro lado, cuando se interrogo respecto a la percepción que se tiene sobre las mujeres que consumen droga en comparación con los hombres, respondieron casi unánime, que existe un peso discriminatorio abrumador (E.01) ... *hay mucha discriminación hacia las mujeres, hacia las mujeres a diferencia de los hombres que también consumen, la gente juzga con mayor fuerza a las mujeres que a los hombres...*, (E.02)... *las mujeres consumidoras somos muy maltratadas...tratadas horriblemente...en la maternidad cuando se enteraron que yo era una madre consumidora y que yo iba a quedar con mi hijo, fui grandemente maltratada, las enfermeras no tenían tolerancia ni se ponían en los zapatos de uno...como madre, yo quería únicamente ver a mi hijo...*, (E.03)...*las mujeres somos victimizadas, violadas, maltratadas, los hombres piensan que las mujeres son algo que se puede comprar...*

Los maltratos a nivel institucional, reproducen el ciclo de violencia y estigma que muchas veces pasa desapercibido, podemos encontrar que no solo es una percepción de estigma y maltrato aislado, sino que existe una dupla vulnerabilidad al momento de recibir asistencia sanitaria en general, en donde mayormente se pueden ver evidenciados hechos de discriminación contra utilizadoras de drogas. Nos dice Knudson-Martin, (1996); Hare-Mustin, (1994), que el terapeuta tiene un papel de gran responsabilidad política y ética pudiendo constituirse como agente de control social en lugar de ser promotor de cambios, (citado en Cardoso y Manita, 2004).

En su mayoría las mujeres que respondieron a la pregunta, cuál era la percepción que tenían sobre el consumo de drogas actualmente, indicaban que hoy en día existe mayor

facilidad para comprar la droga, algunas indicaron sectores conocidos popularmente, como: Martim Moniz y el área de la Mouraria, otras indicaban que debido a las diversas situaciones intrafamiliares y extraindividuales, las mujeres estarían recurriendo a consumos anteriormente superados y a lo mejor poco visibilizados. (E.01) *...hoy en día no es que haya más mujeres a consumir, lo que hay son más mujeres con recaídas, muchas mujeres que porque tiene problemas en casa no consiguen resolver o porque son víctimas de violencia domestica que hay muchas...*

Por último, a la pregunta si sentían discriminación o estigma por parte de la sociedad, las mujeres en su mayoría indicaban que sentían; discriminación, estigmatización, presión social y prejuicio. Sabemos que existe una doble moralidad con respecto a las consumidoras de drogas, como indica Romo (2006), esa doble moralidad se vería plasmada en cuanto a la “transgresión de las normas del género” que muchas mujeres estarían desarrollando, como lo indica De Miguel Calvo (2016), y es que el estigma de la mujer utilizadora de drogas se estaría enfrentando a contextos en donde las nuevas manifestaciones del género traerían rápidas y vertiginosas transformaciones, Cardoso y Manita, (2004). Gran parte de las personas utilizadoras de drogas o alcohólicas, perciben el sentimiento de vergüenza y culpa, a partir de su pasado en comunidades terapéuticas, y es normalmente a partir de aquí, en donde “aprenden a verbalizar las situaciones de la manera en que lo hacen y a reconocer las implicaciones de los consumos” (Frois, 2009, p.146). Con esto no deja de ser un hecho, que la estigmatización hacia las mujeres es un elemento que viene implícito cuando se trata de rupturas de género y que se intensifica con los consumos o utilización de drogas.

Entrevistas/s ubcategorías	Recaídas	Motivos de las recaídas	Periodo de las recaídas	Uso de metadona	Periodo de uso
E.01	...tengo un problema con las drogas...tengo muchas recaídas...ahora mismo tengo una que dura unos 3 o 4 meses para acá...	...ansiedad...no consigo controlarlo. Pareciera no tener voluntad...	...4 meses para acá...	Si...voy voluntariamente a tomar mi dosis en el STM...cuando estoy positiva llevo dosis para la semana entera.	Ya tengo 20 años...
E.03	...desde que estoy tomando metadona, tuve una recaída a fines del año 2018...	...porque perdí un empleo y tú sabes que cuando hay gente que anda en estas cosas la gente quiere mal que bien...uno de esos puso a pie de mí y me dijo que, si quería vender para él, y sin empleo le dije que sí...y yo una vez más sin dinero, sin nada, fui a vender me dio una bolsa para vender y la tentación fue muy grande y acabe por recaer.	2 meses atrás... (2018)	Si, consumo metadona...	Ya hace unos 20 años, desde 1999.
E.11.	...tuve recaídas era con el alcohol...la heroína la había dejado atrás...	Soledad...no tenía ninguna motivación por nada...pasaba mucho tiempo sola, bebiendo en casa, sola.	Tengo 10 meses que no he vuelto a probar nada de alcohol...	...estuve en una comunidad terapéutica y en la comunidad fuimos reduciendo la cantidad hasta que la deje...	Ya no estoy consumiendo metadona, pero fue la única cosa que me ayudó a dejar la heroína...
E.15.	...estuve 4 años sin probar nada, estaba en Narcóticos Anónimos...hice el programa de 12 pasos, fue la única cosa que me salvo	...la droga no es fácil de sacar del cuerpo...especialmente de la cabeza...	...la última fue en junio del 2018 hasta hace 8 días (2019) que deje de consumir...	No...no uso.	No uso.

Análisis: La mayoría de las mujeres entrevistadas indicaron sufrir constantes recaídas, estas recaídas, estarían ligadas a problemas económicos, laborales, emocionales, así como a problemas de violencia doméstica.

Cuando uno mira las estadísticas de consumo por ejemplo de drogas como la cocaína, encuentra que, los consumos de cocaína en mujeres a lo largo de la vida, son más constantes. En el IV inquerito Nacional de consumo de substancia psicoactivas, (2016/2017, p. 98), encontramos que a la pregunta si imagina la vida sin el consumo de cocaína, la prevalencia de respuestas negativas, eran el doble en mujeres que las de los hombres. Algunas mujeres no estarían considerando su vida sin el consumo de drogas, Gómez y Muñoz (2011), dicen, que las mujeres estarían tomando cantidades más bajas de drogas, pero están desarrollando una adicción más rápida. (p.213).

Por otro lado, Carapinha y Catarina, (2018), nos dicen que: “proporcionalmente a los consumidores en tratamiento, parecen estar más afectados que los consumidores por la infección por el VIH (proporciones de 0,8 a 1,0) y las enfermedades mentales (proporciones de 0,5 a 0,9) además de la adicción, una contextualización con las proporciones hombre / mujer para el uso más intensivo (opioides (22.5), cocaína (8.4) y uso intravenoso (25.0) nos permite sugerir que puede haber sobremortalidad entre las consumidoras” (p.12). A parte de la cocaína como sustancia de recaída, estaría primordialmente el alcohol, siendo un factor determinante al tomar en cuenta que es de

fácil acceso y de un consumo normativizado, lo que lo hace de más fácil ingesta que otras sustancias. (E.11) ... *no tenía mucha motivación por nada...pasaba mucho tiempo sola, en la casa bebiendo, sola...* Gómez y Muñoz, (2011) indican que las tensiones vividas en sus roles de madre, esposa, ama de casa y amantes, así como los sentimientos de inadaptación a estos roles, van de par con la insatisfacción de las expectativas personales, todo lo cual estaría íntimamente relacionado con su proceso de alcoholización... (p.213)

En cuanto al periodo del último consumo de drogas, este podría haber pasado de 8 semanas como mínimo antes de entrar a los tratamientos a un máximo de 1 año. Para la gran mayoría de las mujeres esta etapa de recaídas implicaban vergüenza, puesto que no conseguían librarse, ni conseguían tener voluntad para dejar las drogas.

En su gran mayoría son usuarias de metadona o en su momento fueron usuarias, algunas llaman a la metadona como la “medicina milagrosa” porque ha sido lo único que les ayudo a superar los consumos abusivos de la heroína. Sin embargo, se están dando los casos de “poliuso” (Trigueiros, et al, 2010, p. 30). Algunas de las entrevistadas indicaron que las personas estarían tomando metadona y también ingiriendo cocaína o crack indistintamente, sin mediar en sus efectos combinados, dado el doble efecto que esto estaría provocando en el organismo de las utilizadoras de drogas.

Categoría: Después del tratamiento y a futuro.

Entrevista/subcategorías	Percepción después del tratamiento	Percepción de empleo	Percepción sobre la descriminalización	Proyección a futuro/planes	Oportunidad de cambiar algo
E.12.	...quiero seguir estudiando...quiero terminar 12 año. pero es bastante difícil con mis hijos pequeños. no tengo donde dejarlos y necesito un trabajo.	...intente, pero es difícil, porque estoy con mi hijo, no tengo como dejarlo, no tengo guardería, intente inscribirlo en 7 guarderías y no conseguí espacio o vacante ninguna...	...las personas están más informadas...si bien...hay más posibilidad de elección...	...estudiar...es más difícil, pero me gustaría...	...no habría entrado en las drogas (risas)...
E.13.	Ir a una casa terapéutica...desarrollar mi vida normalmente...	...probablemente me vayan a despedir...estoy de baja por 2 meses...	...siento que todavía falta mucho para que la sociedad nos vea como personas que tenemos un problema, como una enfermedad y no como criminales desviados...	...quiero ir hasta el final de tratamiento...	...por el momento no cambiaría nada...
E.15.	...quiero tener una casa, ser una "personal training" ...	(¿cómo haces con tu trabajo hoy en día?) yo faltaba un día, iba tres, decía que estaba enferma, conseguía baja medica de enfermedad, hasta que la psicóloga me sugirió que buscara ayuda para un tratamiento...	...yo encuentro que debería legalizarse las drogas, primero porque es la calidad de la droga, porque...se consumen cosas que ni se imagina...por cuenta del vicio...	Vivir en paz, eso solo quiero...	...parar de consumir...
E.17.	...continuar mi trabajo como "advocacy" ayudando a más personas...	Continuar en el empleo que tengo...como mediadora de pares.	...fue un paso bien dado...porque en esa altura había muchos problemas de VIH elevados entre otros problemas...Portugal tiene que caminar para adelante y solo ahora que vamos a tener sala de consumo tiene que abrazar a los fumadores también, porque no podemos mantenerlos al margen y ellos precisan de ayuda...	Continuar con mi trabajo...	Remodelaría la casa de mi madre...

Análisis: El deseo de continuar una vida como las demás, seguir estudiando o poder llevar una vida más "normal", así como continuar hasta el final de su recuperación e ir a una comunidad terapéutica., son algunas de las respuestas, que dieron las mujeres entrevistadas. Este sentimiento de la "no-normalidad", se verá registrado en la gran mayoría, durante casi todo el percurso de consumos que tiene la mujer, por un lado, busca reconstruir su vida, mientras que, por el otro, busca ser aceptada sin los prejuicios que conlleva su pasado. Frois (2009), dice que "la recriminación moral, la penalización de la conducta y el reconocimiento (o no) de la condición de enfermos son elementos que afirman coexistir en los días de hoy y que, por lo menos en la sociedad portuguesa, la moral (vinculada a la religión), la ley y la medicina continúan a ejercer una fuerte influencia en la manera como los interlocutores elaboran sus discursos y en ellos se apoyan y distancian de forma muy particular" (p. 150).

En cuanto a la percepción de tener empleo a futuro (esta pregunta estaba orientada para las mujeres que no tuvieran empleo al momento de la entrevista), en general la situación estaría un poco complicada, por la edad, el hecho de haber sido consumidoras, así como no poder contar con un apoyo adicional, para dejar a los hijos más pequeños al cuidado. (E.12) *...intente, pero es difícil, porque estoy con mi hijo, y no tengo como dejarlo, no*

tengo guardería, (creche), intente en 7 guarderías y no conseguí espacio o vacante ninguna..., otras encuentran que podrían ser despedidas ya que están de baja médica desde hace 2 meses. Algunas respondieron que quieren continuar con el trabajo que hasta la fecha estarían realizando como “advocacy”, siendo que les ha dado satisfacción el poder apoyar a personas con condiciones similares.

En cuanto a la descriminalización del consumo de drogas; respondieron que hoy en día existe mayor información respecto al tema, dando a entender que los cambios generados a partir del 2000 en cuanto al conocimiento, tratamiento e incidencia sobre los consumos de drogas habrían tenido cambios en la manera de informar y sensibilizar a la población, a pesar de que hoy en día continúan existiendo percepciones con respecto a la discriminación de forma constante. A esto, nos dice Gomes, (2006), que existen tres tendencias en la sociedad portuguesa sobre la percepción de los consumidores de drogas ilícitas, la primera: tendencialmente más normativa y conservadora que los encara como individuos transgresores y desviantes de la norma social. (Opinión de un grupo minoritario de portugueses); una percepción más liberal y permisiva, que ve los utilizadores de sustancias psicoactivas ilícitas como individuos iguales a todos los otros, apenas con un modo distinto de estar y de vivir en sociedad (opinión también de un grupo minoritario); y, por último, los que los ven esencialmente como personas con un problema de salud relacionado con la dependencia química de este tipo de sustancias. (Constituye un grupo de mayores proporciones en la sociedad portuguesa), (p.11).

Otros comentarios de las entrevistadas, sugieren legalizar la droga como forma de controlar la calidad del producto, por otro lado, el paso dado por Portugal es considerado como el mejor, pero es necesario continuar adelante y abrazar a los que se encuentran fuera de los tratamientos, integrarlos y hacerlos partícipes, por último y no menos importante, a la pregunta; que cosas cambiarían si tuvieran la posibilidad de hacerlo, las respuestas fueron; *no habría entrado en la droga*, (E.12), *parar de consumir* (E.15), por otro lado, otras indicaban que no cambiarían nada, dando a entender que lo realizado es pasado y no habría razón de porque lamentarse por ello. Si bien, la literatura especializada en este aspecto indica que habría mucha victimización en cuanto al sentimiento de culpabilidad y vergüenza por parte de las mujeres consumidoras, en las entrevistas se encontraron respuestas que daban a entender que eran aspectos de la vida de cada una, que las hacían conocer más sobre sí mismas, y sobre lo que desean realmente. Muchas respondieron, que no cambiarían nada de lo sucedido.

CONSIDERACIONES FINALES

De forma genérica, la preconceitualización existente en mucha de la literatura sobre las personas utilizadoras de drogas, estaría dominada por ciertos elementos de sesgos disciplinarios. Estudios médicos, psiquiátricos, psicológicos, jurídicos y antropológicos, indican una serie de elementos y de actitudes comportamentales que definen un estilo y patrón típico de una utilizadora de drogas. Más allá, debemos comprender que este tipo de comportamiento está condicionado o mediado por el entorno, por el aprendizaje y los comportamientos o fenómenos sociales en la gran mayoría de los casos, y que no existe un patrón único o estandarizado de consumidor de drogas, tomando en cuenta que no existe un comportamiento unidireccional ni tampoco un sujeto que se pueda definir propiamente una consumidora, Mesquita (2006).

Desde el enfoque de la fenomenología sociológica, encontramos argumentos que ayudan a profundizar más sobre esta problemática de la utilización de drogas, visto desde una perspectiva multidimensional e interseccional. La utilización de drogas, tiende a afectar de formas diferenciadas a las utilizadoras, y dependerá de la situación de inicio, el tipo de droga, el nivel educativo, la situación socioeconómica, la familia de origen. Por ende, se hace necesario abordar, el fenómeno como una cuestión multidimensional, ya que pensar en una única línea para la prevención, los cuidados y tratamientos que acogen a las consumidoras, limitan el pensamiento y el accionar respecto al fenómeno.

Pensar que una mujer utilizadora de drogas no tendría la capacidad de ser madre, de tener un trabajo, o de llevar una vida “normal”, nos aleja en gran medida del fenómeno, (pensamiento que en medidas genéricas domina los espacios de salud públicos) quedamos solo, con resultados parcializados de una acción y no las causas holísticas del fenómeno. Las causalidades propias del consumo distan de ser únicamente por placer, o curiosidad, implicarían, nuevas conductas que estarían potenciadas por nuevos roles y que son producto de transformaciones que ha ido sufriendo el género en los últimos años. La búsqueda de visibilidad y libertad, de reclamación de espacios casi siempre masculinizados son en cierta medida, acciones que se contraponen con la idea de lo que debería ser una mujer “socialmente de bien”.

La mayoría de las mujeres indican haber iniciado los consumos, influenciadas por un hombre, este hombre podría ser; novio, marido, hermano, amigo, y estos hombres a su vez, estarían condicionados a cumplir un rol socialmente establecido, porque el consumo también les impacta a ellos, y esto a su vez, repercute en el impacto hacia las mujeres.

Siendo así, que la importancia del tema de género en el análisis de los consumos de drogas, se hace cada vez más prioritario, ya que no es una cuestión de consumo entre hombres o mujeres, sino una cuestión del entendimiento de los roles, que estarían llevando a nuevos consumos. En el caso de los relacionamientos entre parejas, el hombre tendría menos voluntad de cambiar sus hábitos de consumo, de igual manera la presión y el dominio que el hombre ejerce en muchas ocasiones hacia la mujer, hace que esta tenga que ser la proveedora de los consumos compartidos, con la situación de prostitución, robo, asalto, entre otras cosas.

No es posible saber a ciencia cierta cuantas utilizadoras de drogas hay, de igual forma cuantas mujeres estarían iniciando en las drogas por violencia doméstica, quizás porque muchas continúan “invisibilizadas”, Cardoso y Manita, (2004). quizás por vergüenza o por temor al estigma, al escarnio social. No estarían buscando ayuda, y se refugian en el alcohol, las anfetaminas, el éxtasis, la marihuana o el hachís. Es sabido que la legalidad de una sustancia no evita que esta sea bien utilizada, al contrario, la recrea y la reproduce como producto normativizado, liberándola del estigma propio de la ilegalidad.

El alcohol, es la “sustancia psicotrópica más consumida en Portugal (85,3%)”, Balsa, et al, (2018). Elemento legal regulado, que estaría provocando más estragos en la vida de las mujeres que propiamente, la heroína o la cocaína. Si lo ilegal pasara a ser legal, al igual que el alcohol, pasara la heroína, la cocaína, o la marihuana, con la calidad y un estricto control podrían subsanar daños y reducir el nivel de consumos. Señalamientos como estos, son ejemplo de preocupación por las propias entrevistadas, en donde dejaban identificado que los consumos que se están desarrollando en las calles, casas, escuelas, no tiene un control ni una supervisión ni mucho menos calidad. Con esto, no se trata de polemizar el asunto de la legalidad sino problematizar el fenómeno.

Las consideraciones finales aquí depositadas no son necesariamente determinantes, la frecuencia con que se están dando los nuevos consumos de drogas, hacen ver que su evolución es constante, ajustándose a las nuevas tendencias de consumos. Debemos tener en cuenta que se estarían rompiendo paradigmas en cuanto a los roles de género.

El estigma de la mujer consumidora no ha dejado de ser vigente como hace 10 o 20 años, sin embargo, ha ido mutando de un estigma que se mantenía fijo en mujer-consumidora, prostituta y mala madre, a un estigma que involucra, estereotipos de edad, orientación sexual, condición socioeconómica, nivel educativo, origen, nacionalidad. Estaríamos encontrando situaciones de dupla vulnerabilidad en donde la madre, mujer proveedora

del hogar, tiene que continuar con las labores domésticas, y el cuidado de los hijos una vez en la casa, concepto conocido como breadwinner/ama de casa.

Por otro lado, la insatisfacción por el contexto de oportunidades económicas y el desempleo, estaría empujando a antiguas consumidoras a retornar a consumos superados. Una de las situaciones más graves en la reincidencia de los consumos sería la situación laboral y el hecho de no conseguir empleos que les provean de satisfacción, no solo laboral sino emocional.

Este estigma y la doble vulnerabilidad, además se estaría manifestando a nivel institucional, en la forma en que los facilitadores de salud hacen los acercamientos con las mujeres utilizadoras, las mujeres aún hoy en día, siguen sintiendo temor, presión y estigma por parte de los facilitadores sanitarios, existe un mito recurrente en que la ayuda social médica, es para retirarles a sus hijos, para separarlos y en justa razón ese mito existe, entre las entrevistadas los casos de retiro de los hijos es un tema que las paraliza, hasta tal punto que la gran mayoría, indicaba que el temor a perder a sus hijos las hacía dejar el consumo, en parte el rol de la maternidad es más fuerte en estos aspectos, que la droga misma.

Se recomienda continuar con las investigaciones en el área del género y su relación en las instituciones de salud, puesto que daría mayores resultados en cuanto a la monitorización de las políticas públicas en esta línea, por otro lado, el uso de la interseccionalidad en el análisis del consumo de drogas, ya que muchas de las causas de inicio han ido cambiando. A futuro, la política de descriminalización del consumo de drogas y sus programas deben tomar en cuenta de forma interseccional a las mujeres utilizadoras de drogas, puesto que no se trata de crear programas o planes separados o específicos para cada mujer, sino integrar perspectivas de género en cada uno de sus planteamientos teniendo en cuenta la multidimensionalidad de los consumos, que nunca son iguales, aunque en apariencia tengan los mismos patrones. Por otro lado, sensibilizar más a los servicios de salud, en razón de poder no solo integrar a hombres y mujeres, sino también a más personas en la pluralidad de lo que se entiende el género, porque cada persona en el conocimiento de su trayectoria tiene experiencias que aportar, para el entendimiento de esta problemática en cuanto a la utilización de drogas por mujeres, podremos abarcar entonces muchos más elementos que integren derechos humanos de las personas utilizadoras de drogas.

BIBLIOGRAFIA

- Aldrich, M., (1994), Historical notes on women addicts, en *Jornal of Psychoactive Drugs*, 26 (1), 61-64 DOI: 10.1080 / 02791072.1994.10472602
- Amâncio, L., (1993), *Género, representações e Identidades*, Lisboa, N.º 14, pp.127-140.
- Arana, X., Montañés, V. y Urios, C., (2012). Género, drogas y políticas públicas en la Unión Europea: una contextualización necesaria, en *Oñati Socio-legal Series*, País Vasco, Vol. 2, N.º 6, pp.6-21.
- Augusto, P., (2016). *Tratamento de dependências Evolução do Sistema Português 1958-2014*, Lisboa. SICAD.
- Baigorri, A., y Chaves, M, (2006), Botellón: Más que ruido, alcohol y drogas, en *Anduli, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, Extremadura, N.º 6, pp.159-173.
- Balsa, C., Vital, C., y Urbano, C., (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral 2016/2017*, Lisboa, SICAD. Recuperado de: http://www.sicad.pt/BK/20anosENLCD/Documents/publicacoes/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf
- Baratta, A., (1991). Introducción a una sociología de la droga, Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias, en *¿Legalizar las drogas?: criterios técnicos para el debate*, Madrid, Editorial Popular, pp. 49-76
- Bardin, L., (2018), *Análise de conteúdo*. Porto, Edição Revista e Actualizada, Editora 70.
- Bourdieu, P., (1998), *La dominación Masculina*, Barcelona, Edit. Anagrama.
- Bryman, A., (2012), *Social Research Methods*, New York, 4t edition, University of Oxford.
- Butler, J., (1990), *Actos performativos y constitutivos del género: Un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista*, Johns Hopkins University Press.
- Cardoso, S. y Manita, C., (2004), Mulheres toxicodependentes o género na desviância, en *Revista Toxicodependencias*, Lisboa, Vol. 10, Número 2, pp. 13-25.
- Cardoso, S., (2004), *Contribuições para a (des)construção do género do doing gender à autoria*. Capítulo de tesis. solicitado por email a la autora el 1 de abril del 2019.
- Carmo, H. y Ferreira, M., (1998), *Metodologia da Investigação, Guia para autoaprendizagem*, Universidade Aberta.

- Carapinha, L. y Guerreiro C., (2018), Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de Drogas, Um Análise em Função do Género, Lisboa, SICAD. Recuperado de: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2019/Dossier_Tematico_Genero.pdf
- Cisnero, M., Pantoja, M., Armendariz, N. y Castillo, M., (2012). *Los métodos cualitativos en la Investigación del fenómeno de las Drogas*, Monterrey, UANL.
- Cobo, R., (2008), La democracia moderna y la exclusión de las mujeres, en F., Henriquez, (coord.) *Género, Diversidade e Cidadania*, pp.49-61, Lisboa, Universidade de Évora.
- Comisión Global de Políticas de drogas, (2016), relatorio, avanzando la reforma de la política de drogas: *Un nuevo enfoque para la descriminalización*. Recuperado de: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016_ES.pdf
- Comissão Global de Política sobre Drogas, (2019), relatorio, Classificação de substâncias psicoativas: *Quando a Ciência foi deixada para trás*. Recuperado de: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_POR_web.pdf
- Chavez, M., (2013), *Casal Ventoso: da Gandaia ao Narcotráfico. Marginalidade económica e dominação simbólica em Lisboa*, Lisboa, ICS.
- Davis, K., (2008), Intersectionality as Buzzword: A Sociology of Science Perspective on What Makes a Feminist Theory Successful. In *Feminist Theory*.
- Da Agra, C, (1998), *entre droga e Crime*, Lisboa, Casa Das Letras.
- De Miguel Calvo, E., (2016)., Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento, una aproximación interseccional, en *Política y Sociedad*, País Vasco, Vol. 53, N.º 2, pp. 529-549.
- Domostawski, A, (2012), *Política sobre Drogas en Portugal, Benefícios de la Descriminalización del Consumo de Drogas*, Open Society Foundation. Recuperado de: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/750617c2-11c7-4b20-9edc-df62104a22e8/drug-policy-portugal-benefits-decriminalizing-drug-use-es-20160218.pdf>
- Dos Santos Ebo, I., (2008). *A Geopolítica da Droga*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- Escudero, C., (2019). Género y Toxicodependencia, una mirada interseccional. En *Revista Tareas*, Ciudad de Panamá, N.º, 162, mayo-agosto, pp.107-127

- Foddy, W., (1996). *Como perguntar; teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*, Oeiras, editorial CELTA.
- Frois, C., (2009), *Dependência, Estigma e Anonimato nas Associações de 12 Passos*, Lisboa, ICS.
- Ghiglione, R., Matalon, B., (2001), *O inquerito, teoria e prática*, CELTA.
- Giacomello, C, (2013), *Mujeres delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina*, International Drug Policy Consortium. Recuperado de: http://fileserv.idpc.net/library/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf
- Goffman, E., (2006), *Estigma: La Identidad Deteriorada*, Buenos Aires, 10º reimp. Edit. Amorrortu.
- Gómez, A. y Muñoz, M., (2011), *Identidad femenina y consumo de drogas: Un estudio cualitativo*, Lima, en *Revista Liberabit*, 17(2): pp. 211-222. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a10v17n2.pdf>
- Gomes, M., (2006), *Modos de Percepção das Drogas em Portugal: resultados preliminares*, Lisboa, CIES e-Working Paper Nº 18.
- Greenwald, G, (2009), *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*, Washington, D.C. CATO, Institute.
- Herrera, M. y Soriano-Miras, R., (2004). *La teoría de la acción social en Erving Goffman. Papers: en Revista de sociología*, ejemplar dedicado a: Problemas sociales, pp. 59-79. Recuperado de: [73. 10.5565/rev/papers/v73n0.1106](http://www.scielo.org.pe/pdf/rev/v73n0/10.5565/rev/papers/v73n0.1106).
- IDT, (2009), *O Sucesso da Descriminalização de drogas: lições de Portugal para o mundo, segundo o constitucionalista liberal norte-americano Glenn Greenwald*, En *Revista Dependências Só para profissionais*. Recuperado de: https://www.dependencias.pt/ficheiros/noticias/1316006620dependencias_abril2009.pdf
- Janowitz, M., (1995), *Teoría social y control social*, en *Revista Delito y Sociedad*, N.º 6/7, Universidad de Chicago.
- Jiménez, R., María, L., *et al.*, (2012). *Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersecciones con otros ejes de desigualdad*, en *Oñati Socio Legal series*, vol. 2, número 6, pp. 77-96
- Kleba, L. y Teresa, S., (2013). *Políticas Públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en*

- el Trabajo Social. En *Cuadernos de Trabajo Social*. 26. Recuperado de: 10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41397.
- Kollontai, A., (1975), *La mujer en el marxismo*, Lisboa, Edit. Delfos.
- Magalhães, M., Castro, Y., Cruz, A. y Forte, A., (2015), No caminhos da violência de género e doméstica. En A., Torres, H., Sant'Ana, D., Maciel, (eds.), *Estudos de Género numa Perspetiva Interdisciplinar*, pp.49-61, Lisboa, edit. Mundos Sociais.
- Martínez-Salgado C., 2012, El Muestreo en la Investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias, en *Revista de Ciência & Saúde Coletiva*, Río de Janeiro, 17(3): pp. 613-619.
- Martins, L., (2013), A política de descriminalização de drogas em Portugal, en *Serviço Social e Sociedade*, San Pablo, N.º 114, April /June, pp. 332-346
- Measham, F., (2002), Doing, Drugs; Conceptualizing the Gendering of Drugs Culture, *In Contemporary Drugs Problems*, edit. Sage Journal. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/009145090202900206>
- Mesquita, M., (2006), *Droga No Prado, estudo numa comunidade rural*, Lisboa, ISCSP
- Ministério da Saúde, (2006), *Estratégia Nacional de luta contra a droga*, Lisboa, Imprensa Nacional.
- Moreira, P., (2013), Toxicodependência no feminino: *perceções de consumidoras de substâncias a respeito do seu percurso*, (Dissertação de Mestrado) Universidade Fernando Pessoa, Recuperado de: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4038/1/tese.pdf>
- Muñoz, M., (2012). Contra el determinismo farmacológico: sociología de las drogas y reflexividad, en *Revista Sociedad Hoy*, Concepción, N.º 23, pp. 21-31
- Nogueira, F., (2002), *Sociologia da Toxicodependência.*, Lisboa, Instituto Piaget, Coleção Epistemologia e sociedade.
- Nuñez, M., (2012). Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schütz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas, en *Revista Sociológica*, año 27, N.º 75, enero-abril, pp. 49-67
- Patrício, L., (1995), *Droga de vida, vida de drogas*, Lisboa, Bertrand.
- Parsons, T., (1972), Definitions of health and illness in the light of American Value and social structure, *In Patients, Physicians, and Illness*, org. E. Gartly Jaco. Glencoe, IL: The Free Press, pp. 120-144.

- Pearse, R. y Connell, R., (2015). *Género desde una perspectiva global*, Madrid, Universitat de Valencia.
- Perista, H., (2015), Violência contra mulheres idosas em relações de intimidade. A., Torres, H., Sant´Ana, D., Maciel, (eds.) en *Estudos de Género numa Perspetiva Interdisciplinar*, pp.79-84, Lisboa, edit. Mundos Sociais.
- Pimenta, M., (1997), A toxicoddependência na mulher, Gravidez, parto e puerpério, en *Revista Toxicoddependência*, N.º 1, ano, 3, Lisboa, pp. 31-36, Recuperado de: http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicoddependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/359/artigo_4.pdf
- Robles, B., (2011), La entrevista en profundidad, una técnica útil dentro del campo antropológico, en *Revista de Ciencias Antropológicas Cuicuilco*, N.º 52, México, D.F. pp. 39-49. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v18n52/v18n52a4.pdf>
- Romani, O., (2008). Placeres, Dolores y controles; el peso de la cultura, A., Torres, A., Marques, (eds.), en *Consumos de Drogas, Dor, Prazer e Dependências*, Lisboa, editorial Fim do Século.
- Romo, A., (2006). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres, en *Monografía Humanitas*, Barcelona, Fund. Medicina y Humanidades Médicas, Vol. 5, pp. 69-83.
- Romo, A. y García, G., (2006), Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar, en *Revista Trastornos Adictivos*, 8(4) pp. 243-250.
- Romo, A., (2018). Cambios y continuidades en el consumo de drogas y tóxicos en mujeres y niñas jóvenes, en C., Socias., y R., Gordaliza., (eds.), *Género, adolescencia y drogas Prevenir el riesgo desde la familia*, Granada, pp-15-22
- Sampieri, H., Collado, C. y Lucio, P., (1991). *Metodología de la Investigación*, México, D.F., McGraw-Hill.
- SICAD, (2019), A situação do país em matéria de drogas e toxicoddependência, Lisboa, En *Revista Dependências*. Recuperado de: https://dependencias.pt/ficheiros/noticias/1549530875_dep_jan-sem-anuncios.pdf
- SICAD, (2018), A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências. Caracterização e Evolução da Situação. Lisboa. Recuperado de: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachment

s/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20ASitua%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADsEmMat%C3%A9riadeDrogasEToxicoddepend%C3%A2ncias.pdf

SICAD, (2017), A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências. Caracterização e Evolução da Situação. Lisboa. Recuperado de: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachment/s/129/RelatorioAnual_2016_A_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas_e_Toxicoddependencias.pdf

Strauss, A. y Corbin, J., (2002). *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamenta*, Medellín, edit. Contus.

Taylor, S. y Bogdan, R., (1994). *Introducción a los métodos cualitativos en Investigación. La búsqueda de los significados*, Barcelona, edit. Paidós.

Tarrés, M., (2013). A propósito de la categoría de género: Leer a Joan Scott, en *Estudios Sociológicos*, México, D.F, vol. XXXI, núm. 91, enero-abril, pp.3-26

Teddlie, Ch. Yu F., (2007), *Mixed Methods Sampling, a Typology with Examples*, Vol. 1, N.º 1, edit. SAGE

Teresa, M., (1997). *Metodología de la observación en las ciencias humanas*, Madrid, edit. Catedra.

Topa, J. y Nogueira, C., Neves, S., (2018), A teoria da interseccionalidade: sua contribuição na transformação das políticas públicas e dos sistemas de saúde. A., Torres, D., Costa, M., João Cunha, (org.) en *Estudos de Género: Diversidade de Olhares num Mundo Global*, Lisboa, edições ISCSP. Recuperado de: http://cieg.iscsp.ulisboa.pt/images/eBook/eBook_estudos_de_genero_diversidade_e_de_olhares_num_mundo_global.pdf?fbclid=IwAR2jmc13yLQ88XNUO2zWmOsXPAhgPcd0NY76CIK2SGnR4ZHF52KTsRzE_OE

Torres, A. y Gomes, M., (2002), *Drogas e Prisões en Portugal*, Lisboa, CIES/ISCTE.

Torres, A., Marques L., Sousa I. y Maciel, D., (2008), toxicoddependentes: trajectórias sociopsicológicas e nós problemáticos. A., Torres, A., Marques, (eds.), en *Consumos de Drogas, Dor, Prazer e Dependências*, Lisboa, editorial Fim do Século.

Trigueiros, L. y Carmo, M, (2010), Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajectórias de vida, en *Revista Toxicoddependências*, vol. 16, N.º 3, Lisboa, pp.29-44

- UNODC, (2018), Informe Mundial de Drogas, *Crisis de opioides, abuso de medicamentos y niveles récord de opio y cocaína*. Recuperado de: <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>
- Urbano, A. y Arostegui, E., (2003), *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Valentim, A., (2000), O campo da droga em Portugal: medicalização e legitimação na construção do interdito, en *Análise Social*, vol. XXXIV, (153), pp. 1007-1042.
- Van Dijk, T., (2017), Discurso, Notícia e Ideología, Estudos na análise crítica do discurso, tradução: Zara Pinto-Coelho, Universidade de Minho, 2ª Edição Humus.
- Yeon, H. y Marx, M., (2010), Practicing Intersectionality in Sociological Research: A Critical Analysis of Inclusions, Interactions, and Institutions in *The Study of Inequalities*, en *Sociological Theory*, pp. 28:2, Washington, DC, ASA.

APÉNDICES

A.

GUIA DE ENTREVISTA

A. Técnico Entrevistado # _____

Fecha: ____/ ____/

¿Sexo? _____

¿Profesión? _____

¿Cuál é a su formación escolar/profesional? _____

¿Hace cuánto tiempo trabaja aquí? _____

1. ¿Usted encuentre que existen características que afectan a hombres y mujeres de manera diferente con respecto al uso de drogas?
2. ¿Usted encuentra que existen diferencias entre hombres y mujeres en relación a la forma como inician el consumo de drogas?
3. ¿Usted encuentra que existen diferencias entre hombres y mujeres en relación a la edad del inicio del consumo de drogas?
4. ¿Usted encuentra que existen diferencias entre hombres y mujeres en relación a los patrones de consumo de drogas?
5. ¿Usted encuentra que existen diferencias entre hombres y mujeres en relación a las causas del inicio en el consumo de drogas?
6. ¿Cuál es su percepción sobre el consumo de drogas por parte de las mujeres del punto de vista social? ¿considera que hay mayor o menor recriminación?
7. ¿Se espera que las mujeres tengan el tipo de comportamiento que tienen?
8. ¿Qué tipo de tratamiento encuentra que es más adecuado para las mujeres?
9. ¿Encuentra que debe ser adecuado a el hecho de ser hombre o mujer?
10. Respecto a la descriminalización de las drogas en Portugal, ¿considera que esta ha tenido un impacto en el consumo de drogas en las mujeres?

Observaciones:

B. Entrevistada # _____ N.º de audio: _____ Fecha: ____/____/____

Datos sociodemográficos

¿Edad? _____

¿Nacionalidad? _____ ¿País de origen? _____

¿Estado civil?: _____

¿Con quién vive? _____

¿Cuál es tu actividad profesional? _____

Si estuviera desempleada, ¿hace cuánto tiempo? _____ recibe subsidio de desempleo? ____

¿Tiene una creencia religiosa? _____

¿Cuál es su nivel de escolaridad? _____

¿Tiene hijos? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Qué edad (s) tiene? _____

Inicio del consumo de drogas.

1. ¿Con que edad comenzó el consumo?
2. ¿Con que tipo de drogas inicio?
3. ¿Qué motivo el consumo?
4. ¿Como fue? Sola, o en grupo? ¿Si fue sola, quien ofreció la droga? ¿Si fui em grupo, ¿con quién?
5. ¿Era más usual consumir juntamente con otras mujeres o era un grupo mixto?
6. ¿Tuvo más o menos dificultades en conseguir la droga por ser mujer?
7. ¿Sufrió de algún tipo de violencia física o sexual para obtener la droga?
8. ¿Tuviste alguna vez problemas con la ley o una situación de prisión?
9. ¿Sintió alguna discriminación por ser mujer y consumidora de drogas?
10. ¿Como es la relación con los hijos? (si tuviera hijos)
11. ¿En relación con los hijos, quien toma cuenta de ellos?
12. ¿Cómo es la relación con la familia?
13. ¿Cómo describe el cotidiano del tiempo en que era toxicodependiente, quienes eran sus amigos?, como se relacionaba con las personas de un modo general?
14. ¿Si trabajaba, como era las relaciones con los colegas del trabajo?
15. ¿Si estuviera desempleada e intento conseguir trabajo, como es que las entidades patronales la trataban?

Durante el tratamiento.

16. ¿Que la motivo a desistir el consumo de drogas?
17. ¿Cuánto tiempo tiene de estar en tratamiento en el Taipa?
18. ¿Cómo es que siente que son tratadas las mujeres toxicodependientes? ¿En relación con los hombres?
19. ¿Sientes que hay una mayor apertura al acceso del consumo de drogas por parte de las mujeres en comparación con los hombres?

Después del tratamiento y planes a futuro.

20. ¿Qué planes tienes a futuro?
21. ¿Encuentra que tendría más o menos dificultades en encontrar empleo (caso estuviera desempleada) de que un hombre toxicodependiente? ¿Porqué?
22. ¿Cuál es su opinión sobre la descriminalización de las drogas?
23. ¿Si usted pudiera cambiar algo en su vida que cambiaría?

Fin de la entrevista

Observaciones:

B.

Consentimento Informado

Título do estudo: Género e toxicodependência. *Análise da utilização feminina de drogas na Pós-descriminalização.*

Explicação do estudo: Destina-se a conhecer a situação do uso de drogas em mulheres. As informações serão coletadas por gravações em entrevistas semiestruturadas as perguntas são sobre: Uso de drogas, status socioeconómico, escolaridade, nacionalidade, idade, tipo de consumo, motivações pessoais. A seleção será a conveniência, não probabilística, as entrevistas serão realizadas por um tempo mínimo de 15 minutos e máximo de 30 minutos. O estudo não implica qualquer benefício, assim como a previsão de risco.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade absoluta na informação recolhida que só será utilizada para o presente estudo. O anonimato das pessoas entrevistadas é prometido. As gravações serão destruídas depois que as informações forem processadas.

Agradecendo-lhe por seu apoio, investigador: **Carlos Ariel Escudeiro Nuñez**, sociólogo, panamenho, discente de mestrado em Sociologia, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, ISCSP, Universidade de Lisboa, telefone; 933706084, endereço de e-mail; carlolescudero16@outlook.com

Por favor, leia com atenção para seguir a informação. Se acha que algo está incorreto ou que não é claro, não hesite em pedir mais Informação. Se é acordado com uma proposta que lhe foi feita, queira a assina este original.

Assinatura/s de quem pede consentimento:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: **Data:** /..... /....

C.

Declaração de compromisso para os profissionais de saúde

Declaro, por este meio, que como profissional de saúde, garanto que recebi a autorização, verbalmente, pelo participante que recomendei, para a investigação: *género e toxicodependência*. Que está a desenvolver o investigador: **Carlos Ariel Escudero Nuñez**, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, ISCSP da Universidade de Lisboa.

Nome:

Assinatura: **Data:** /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA /S

ANEXO

A.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Esta Declaração é emitida a pedido do **Dr. Carlos Ariel Escudero Nuñez**, aluno do Mestrado em Sociologia, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) da Universidade de Lisboa.

A Declaração destina-se a ser incluída no Protocolo de Investigação **“Género e Toxicodependência. Análise da utilização feminina de drogas na pósdescriminalização”** (sob orientação da Dra. Maria da Luz Ramos), submetido pelo requerente à Comissão de Ética para a Saúde (CES), da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT, IP).

Assim, declara-se que a **Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da ARSLVT, IP**, se encontra disponível para a realização do estudo em apreço.

Designadamente, considera-se que existem as condições de base necessárias para a sua concretização, nomeadamente no que respeita à realização do estudo na **Unidade de Desabitação – Centro das Taipas**, que se disponibilizou para o efeito.

A CES redigiu já o parecer favorável (Processo 003/CES/INV/2019), tendo este projeto de investigação sido autorizado, nesses termos, pelo Conselho Diretivo da ARSLVT, IP..

Lisboa 22 de fevereiro de 2019

O Coordenador da DICAD – Divisão de Intervenção
nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, da ARSLVT, IP

Joaquim Fonseca

Coordenador da Divisão de
Intervenção nos Comportamentos Aditivos
e nas Dependências (DICAD), da ARSLVT, IP

Joaquim Fonseca

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

