

**USPPA**  
**Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones**

**El ocultamiento de las mujeres en el  
consumo de sustancias psicoactivas**

Despacho Diputada **Diana Maffia**  
Dirección: **Lic. Patricia Colace**  
Asesoría Técnica: **Santiago Lerena**

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
**Septiembre 2011**

La experiencia de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas es muy distinta a la de los varones. Físicamente, las primeras poseen una biología que experimenta diferentes capacidades de absorción y procesamiento químico de las sustancias. Psíquicamente, son distintos las motivaciones y disparadores del consumo, así como la percepción de riesgo de cada sustancia y el estado de vulnerabilidad frente a ellas. Del mismo modo, son claramente diferentes sus hábitos de consumo y las conductas que despliegan durante el mismo. También son muy distintos los costos familiares y sociales que "pagan" por tener una adicción; son superiores las restricciones que tienen para acceder y permanecer en tratamiento; son mayores los índices de mortandad comparados.

Sin embargo, ni las políticas públicas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, ni el sistema de salud en general, suelen tomar en consideración estas diferencias. A excepción de las distinciones forzosamente marcadas por lo genital y lo reproductivo, no se presta la debida atención a las diferencias existentes entre hombres y mujeres.

Cuestiones relacionadas mayoritariamente con la ausencia de un enfoque de género han entorpecido el desarrollo de una asistencia diferencial al decantarse por una investigación científica y una clínica estereotipada, donde la mayoría de los sujetos estudiados son hombres y, por tanto la "norma" –en la que luego se basan diagnósticos y terapias– está demasiado sesgada por lo masculino, como para resultar efectiva en las mujeres. Esto se observa –quizá con mucha más claridad que en otros ámbitos de asistencia– en el tratamiento de las adicciones.

A pesar de la profusa bibliografía científica y sociológica señalando las diferencias, los errores metodológicos cometidos en las investigaciones, y la urgente necesidad de realizar estudios y tratamientos diferenciales para hombres y mujeres con consumo abusivo de sustancias psicoactivas, son muy pocos los países que han puesto atención a la cuestión y que comienzan –lentamente– a implantar políticas de atención basadas en el reconocimiento y la consideración de las diferencias de género.

Las organizaciones mundiales de salud y de monitoreo de las adicciones, instan desde hace años a los gobiernos para que adopten criterios que permitan reparar este error y adoptar el camino correcto. Sin embargo, la necesidad de nuevas inversiones, de un cambio de criterios por parte de funcionarios y profesionales de la salud, sumados al generalizado desconocimiento de la población respecto a este problema y a los fuertes prejuicios basados en antiguos estereotipos, entorpecen la realización de las acciones necesarias.

España, Inglaterra, Francia, los Países Bajos y, en menor medida, otros países europeos –pero ninguno de los nombrados en la totalidad de sus territorios–, han decidido adoptar paulatinamente políticas de tratamiento diferencial en las adicciones respetando las cuestiones de género. En América, en México y en Chile, se están llevando a cabo algunas experiencias.

En Argentina, carecemos completamente de soluciones fácticas a la cuestión y ni siquiera se intenta exponer teóricamente el tema en la agenda político-sanitaria. Los centros de tratamiento exclusivos para mujeres con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo, no superan el 5% de todos los servicios disponibles en el país: el menor porcentaje de todos los tipos de centros especializados.

En Argentina no sólo no hay políticas que contemplen las diferencias existentes: ni siquiera hay suficientes relevamientos estadísticos para conocer el estado y el alcance concreto de la situación en nuestro país. Podría especularse que, al carecer de gran

cantidad de datos locales, quizá la situación en nuestro no sea grave o no sea similar a la de otros continentes. Sin embargo, induce a creer lo contrario tanto la ausencia misma de estadística como el sesgo masculinista con que se confeccionan las pocas existentes: en el caso de la población privada de libertad, por ejemplo, a pesar de que la cantidad de mujeres detenidas alcanza al 10% de la población carcelaria total, los estudios realizados por el Estado respecto al consumo de drogas por parte de "ambos sexos" tomó en consideración solo una muestra del 4% de las mujeres presas. Con idéntico sesgo, en las investigaciones sobre drogas y consulta de emergencia en hospitales, se excluyó a las mujeres que se presentan en los nosocomios por cuestiones de obstetricia y maternidad, por lo que los resultados no pueden reflejar el auténtico número de mujeres consumidoras que van a hospitales.

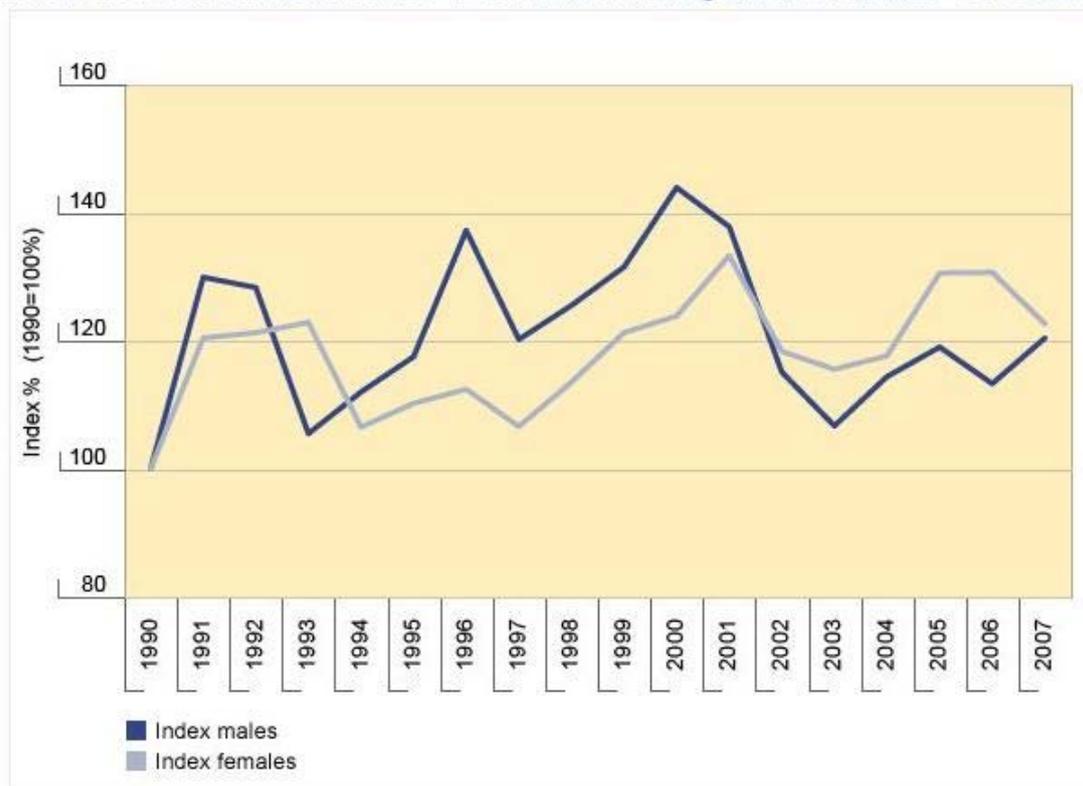
Este enfoque científico, sanitario y político, entre sesgado e indiferente, sumado al hecho de que –ciertamente– en volumen y en frecuencia, los varones son mayores consumidores de sustancias psicoactivas que las mujeres, ha ocultado casi completamente la situación y las necesidades genuinas de las mujeres, imponiéndoles diagnósticos y tratamientos diseñados casi exclusivamente para hombres, donde no son consideradas las múltiples diferencias biológicas y de género. El resultado fáctico, comprobable, conocido, es que las mujeres sufren mayores dificultades y reciben menos ayuda en todo el arco que abarca un tratamiento por adicciones, desde el diagnóstico hasta la reinserción social.

La mayoría de lxs autorxs –tanto en medicina general como lxs especializadxs en tratamientos de adicciones– nominan esta situación como la "invisibilidad de la mujer". Consideramos que aunque el término sea útil como primera aproximación a la cuestión, no es rigurosamente exacto al referirse a la Argentina, ya que científicxs y analistas sociales, desde organizaciones internacionales de máximo prestigio, vienen advirtiendo hace muchos años de este desbalanceado estado de situación e instando a un cambio de paradigma y actitud. Parece más adecuado definirlo como un "ocultamiento": las mismas instituciones que permanecen inactivas frente a la situación sanitaria desigual de las mujeres son quienes proporcionan los datos que la demuestran.

A partir de finales de la década de los años noventa, en todas las estadísticas mundiales se observa un progresivo aumento del consumo de drogas por parte de las mujeres. Sin embargo, no hubo una respuesta sanitaria adaptativa a este crecimiento y, salvo pocas excepciones, se utilizan los mismos medios y tratamientos acostumbrados, sesgados de referencias y metodologías para una población adicta casi exclusivamente masculina. Esto ha resultado en un brusco aumento de la mortalidad por causas directas o indirectas debidas al consumo de sustancias psicoactivas en la población femenina. Ello obedece, en gran parte, a la falta de implementación de políticas públicas con orientación de género.

El siguiente gráfico<sup>1</sup> muestra como, a partir del año 2000, la tendencia general de mortalidad devenida por el consumo de drogas se invirtió y coloca a las mujeres por sobre los hombres, incluso siendo proporcionalmente menores en número en el fenómeno de consumo. Es innegable que las drogas están dañando más a las mujeres que a los hombres.

### Indexed overall trends for males and females in drug-induced deaths 1990 to 2007



Si se mantienen las actuales políticas de atención a las adicciones que dieron como resultado estas cifras, y las mujeres llegan a igualar en consumo a los hombres, entonces duplicarían a éstos en cuanto a mortandad.

Como las cifras con las que se elaboró el gráfico pertenecen mayoritariamente al continente europeo, puede verse que la curva de mortandad femenina comienza a estabilizarse y disminuir a partir de los últimos años, coincidiendo con el inicio de tratamientos diferenciales respecto al género en algunas regiones. En Argentina – donde también tenemos datos de mayor consumo por parte de las mujeres, pero no existen abordajes terapéuticos diferenciales–, es probable que la curva de mortandad no esté en descenso.

Expondremos brevemente en este informe parte de la muy abundante bibliografía al respecto, para demostrar que existen claras e innegables diferencias entre los hombres y las mujeres frente a las sustancias psicoactivas, tanto en el consumo controlado como en el fenómeno adictivo; y cómo que estas diferencias exigen un tratamiento diferencial.

Hay sobrada evidencia respecto a la necesidad –y beneficios– de tales abordajes terapéuticos, y como éstos requieren –a su vez– un cambio en las políticas públicas estatales. Es nuestra intención de exponer el fenómeno de ocultamiento femenino en las adicciones y los consecuentes perjuicios para la salud de las mujeres, a fin de que los funcionarios responsables decidan un cambio de políticas y comiencen a considerar a las mujeres como protagonistas en las problemáticas devenidas del consumo de sustancias psicoactivas.

Estamos frente a la necesidad clínica y social de tratamientos diferenciales para las mujeres con consumo problemático de sustancias psicoactivas: algo prácticamente ausente en las políticas públicas en adicciones en Argentina. Si el número de mujeres consumidoras sigue en aumento y –como ocurre– el inicio en el consumo es cada vez

más temprano, es razonable esperar que continúe la tendencia convergente que viene desarrollándose desde la década del setenta y pronto, sean casi igualitarias las cifras de consumo en ambos sexos. Urge prestar atención al hecho de que las políticas socio-sanitarias hasta hoy desarrolladas carecen del correcto enfoque de género y son también responsables en el ingreso de muchas mujeres a la adicción, en la alta tasa de fracasos de los tratamientos, y en los daños y la mortandad diferencial consiguiente.

Debido a los múltiples factores y circunstancias concurrentes en el consumo problemático de sustancias psicoactivas, las diferencias entre hombres y mujeres aquí descritas se solapan generalmente en los hechos, por lo que corresponde advertir que la separación en estas categorías que presentamos solo responde a facilitar la lectura y contrastación de los factores más relevantes.

### **I) Diferencias biológicas y diferencias en daños**

En lo que respecta al consumo de todas las drogas en general, el cuerpo femenino contiene diferentes proporciones de grasa y de agua que el masculino, además de otras distinciones químicas, hormonales y de metabolismo que afectan a los índices de absorción y al efecto acumulado del alcohol, del cánnabis y de algunas benzodiacepinas (precisamente las sustancias que más consumen las mujeres<sup>2</sup>). Con el tabaco ocurre algo similar (aunque por otras causas), y las mujeres experimentan vulnerabilidades y consecuencias distintas a las que padece los hombres.

No obstante, el escaso interés prestado hasta el momento por la perspectiva de género en las investigaciones epidemiológicas hace que el conocimiento sobre el impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres sea limitado y se concentre en sustancias como el tabaco y el alcohol<sup>3</sup>.

Con relación al tabaco, muchxs autorxs indican que el fumar es "claramente un asunto que afecta particularmente a las mujeres. El fumar es la primera causa prevenible de muerte y enfermedad entre las mujeres. En muchos países occidentales más mujeres mueren de cáncer de pulmón que de cáncer de mama. Son muchas las consecuencias negativas del tabaco en la salud de las mujeres. El fumar es la causa principal de los cánceres de boca y faringe, vejiga, hígado, colón y recto, de cuello del útero, de páncreas y riñón. El fumar es también la causa fundamental de enfermedad coronaria en las mujeres, aumenta el riesgo de hemorragia cerebral, de aneurisma de aorta abdominal y de arteroesclerosis carótida" (<sup>4</sup> y <sup>5</sup>).

Las mujeres tienen una especial vulnerabilidad frente al tabaco, fundamentalmente por sus efectos en la función ovárica y en la secreción de estrógenos; además de los efectos sobre el feto cuando se mantiene el hábito durante el embarazo. El consumo de tabaco tiene un efecto antiestrogénico (las fumadoras se comportan como si tuvieran una deficiencia relativa de estrógenos), lo que agrava una serie de enfermedades o situaciones patológicas que se ven afectadas por esta ausencia, provocándoles adelanto de la menopausia, aparición precoz y evolución acelerada de la osteoporosis posmenopáusica, mayor presencia o incidencia de quistes ováricos y de mastitis (inflamación de la mama), mayor frecuencia del cáncer de cuello uterino, menstruaciones dolorosas, mayor riesgo de aparición de miomas uterinos y endometriosis, y más probabilidad de aparición de cáncer de cérvix.

Como contrapartida, el impacto del tabaco en la secreción de estrógenos reduce hasta en un 50% el riesgo de cáncer de endometrio, aunque la evolución de la enfermedad es más desfavorable entre las fumadoras<sup>6</sup>.

El aumento del tabaquismo entre las mujeres ha originado un intenso incremento del cáncer de pulmón entre éstas: en los últimos 10 años la mortalidad por esta patología creció un 20% entre las mujeres, frente a un 5% entre los hombres. Además, ha aumentado la incidencia de cáncer oral, de garganta, laringe, esófago, estómago, páncreas, vesícula biliar, riñón, cérvix y útero. Estudios recientes ponen en evidencia que el tabaco puede aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer de mama<sup>7</sup>.

El tabaco trae grandes complicaciones en torno a la reproducción. Entre las mujeres fumadoras las posibilidades de concebir se reducen entre un 10% y un 40% por ciclo, y cuanto mayor es el número de cigarrillos consumidos más tardan las mujeres en concebir<sup>8</sup>. Asimismo, puede existir infertilidad: las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de ser infértiles que las mujeres no fumadoras<sup>9</sup>. También hay reducción del éxito en los tratamientos de reproducción asistida.

Tampoco están a salvo aquellas que no desean ser madres: se comprobó un incremento del riesgo de padecer infarto agudo de miocardio entre las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales, en especial de las que tienen 35 años o más. Las fumadoras que toman anticonceptivos orales tienen un riesgo de padecer infarto agudo de miocardio 20 veces superior a las no fumadoras<sup>10</sup>.

En cuanto al alcohol, las diferencias constitutivas de mujeres y hombres hacen a las primeras mucho más vulnerables frente a las consecuencias de la ingesta. Por su peso corporal, las mujeres necesitan menores cantidades de sustancia para llegar al mismo grado de intoxicación que los hombres, ya que tienen menos agua y más tejido graso. El estómago de las mujeres absorbe el alcohol más rápidamente que el de los hombres debido a una menor actividad de la enzima alcohol-desdrogenasa gástrica. Existen otras diferencias que potencian los efectos del alcohol debidas a la constitución hormonal y al metabolismo total.

Es por ello que el alcohol posee generalmente un efecto más debilitante en las mujeres que en los hombres y, al no metabolizarse en ellas con la rapidez con que lo hace en ellos, es mayor el daño físico que se produce en el cuerpo femenino (a los 30 años, el daño físico es comparable con el de un hombre 10 años mayor). Esto explicaría también porque se hacen alcohólicas más rápidamente que los hombres por causa físicas, en proporción 2:1 (<sup>11</sup>, <sup>12</sup>, <sup>13</sup> y <sup>14</sup>). Asimismo, las mujeres están más expuestas que los hombres al riesgo de daños hepáticos y cerebrales, así como a enfermedades cardíacas devenidas (<sup>15</sup>, <sup>16</sup> y <sup>17</sup>); y los daños del abuso de alcohol tienen en ellas una evolución mucho más rápida<sup>18</sup>. De este modo, sufren disfunciones cerebrales y desarrollan enfermedades hepáticas y cardíacas de manera más temprana que los hombres, incluso cuando beban menos que ellos<sup>19</sup>.

Sexualmente también hay diferencias: en las mujeres el consumo de alcohol produce mayor desinhibición y un aparente aumento del deseo, pero disminuye la respuesta de excitación, inhibiendo o suprimiendo la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. A largo plazo, produce disfunción sexual e insatisfacción sexual. Esta insatisfacción actúa con frecuencia como inductora de los consumos de alcohol, como una manera (inadecuada) de afrontar la insatisfacción<sup>20</sup>. Éste es solo uno de los muchos factores que frecuentemente inducen a la depresión de las mujeres alcohólicas, cuya tasa de suicidios es muy alta. En ellas son más frecuentes los problemas depresivos, de baja autoestima y soledad que entre los varones alcohólicos<sup>21</sup>, y se observa también un aumento del número de separaciones en mujeres con respecto a hombres alcohólicos<sup>22</sup>.

Aunque la proporción de hombres con problemas de adicción al alcohol con respecto a las mujeres es de 2:1, esta proporción se cuadruplica si vemos la tasa de mujeres en tratamiento que es de 4:1. Se podría concluir la existencia de, por lo menos, un freno al acceso de las mujeres a los tratamientos actuales (o que éstos no son los más efectivos para ellas). Por esto el proceso y recuperación de las mujeres alcohólicas necesita mayor comprensión y cooperación de la familia, que en el caso de los hombres<sup>23</sup>.

Además de mayores problemas psicológicos, las mujeres sufren mayor desmedro del sostén material de la psiquis: estudios de imágenes cerebrales muestran que las mujeres alcohólicas pierden mayor cantidad de tejido cerebral que los hombres, lo que causa que éstas registren disfunciones cerebrales de forma más temprana y experimenten un mayor deterioro intelectual y un mayor riesgo de complicaciones neuropsiquiátricas<sup>24</sup>. A nivel neuropsicológico, la población femenina presenta generalmente deterioro cognitivo, déficit en abstracción verbal, percepción espacial y resolución de problemas<sup>25</sup>.

Estas importantes diferencias entre el cuerpo de las mujeres y los hombres tienen como resultado que los índices de mortalidad en las mujeres alcohólicas son 50 a 100 veces más altos que en los hombres (<sup>26</sup>, <sup>27</sup>, <sup>28</sup> y <sup>29</sup>). Más del 6% de la mortalidad total anual en Europa se debe al alcohol (24.000 años de vida perdidos por muerte prematura). Si nos centramos en la población femenina, se ha estimado que la mortalidad entre mujeres que presentan esta adicción es 4.5 mayor que en la población general: las muertes son debidas a enfermedades físicas, suicidios y accidentes<sup>30</sup>.

En cuanto a los tranquilizantes, una de las sustancias de mayor consumo en las mujeres, las diferencias en los procesos de absorción y metabolización respecto a los hombres son notorias: las mujeres necesitan una dosis menor que los hombres para obtener los mismos efectos terapéuticos, y experimentan hasta el doble de efectos secundarios durante el tratamiento con tranquilizantes u otros psicofármacos<sup>31</sup>. Como complicaciones colaterales, estudios señalan que las mujeres consumidoras de tranquilizantes sufren disminución del deseo sexual<sup>32</sup>; y muestran una mayor tendencia que los hombres a mezclarlos con el alcohol, lo que incrementa el riesgo de accidentes e intoxicaciones<sup>33</sup>.

En referencia a otras drogas, hay pocos estudios y conocimiento de las disparidades por la falta de enfoque de género en la epistemología citada anteriormente. Se sabe que existen diferencias en la farmacocinética de la cocaína (en los procesos de absorción, distribución, transformación y eliminación de ésta en el organismo) por lo que ante la misma dosis, hombres y mujeres presentan distintos niveles de cocaína en sangre; las mujeres son, en general, más vulnerables a los efectos de la cocaína<sup>34</sup>. Asimismo, los ciclos menstruales alteran la toxicidad de la cocaína, de modo que, en función del nivel de estrógenos, se produce en las mujeres una respuesta diferente en la disfunción cerebral generada por el uso crónico de cocaína<sup>35</sup>.

Respecto a la marihuana, lo único hasta ahora probado es que los trastornos de ansiedad asociados a su consumo son más frecuentes entre las mujeres que en los hombres<sup>36</sup>.

En referencia a las drogas "duras", la distinción más notable hallada es que las mujeres tienden a compartir jeringas con mayor frecuencia que los hombres, lo cual constituye una aparente fuente de infección de HIV para un gran número de ellas<sup>37</sup>.

Solo considerando las diferencias biológicas existentes, las mujeres necesitan de un enfoque y tratamiento diferencial a la hora de resolver los problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas.

## **II) Diferencias de género y diferencias de comportamiento social, familiar e individual resultantes**

La identidad de género, lo que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, no es algo natural, sino una construcción cultural que se modifica con el paso del tiempo; construcción que condiciona de manera importante los comportamientos, las actitudes y percepciones de las personas y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres. "Nacer hombre o mujer implica vivir en contextos culturales con posiciones y recursos desiguales, así como con distintos valores, creencias y actitudes"<sup>38</sup>.

Aunque la división de los roles femenino y masculino varía entre sociedades y en distintos momentos históricos, existe un modelo hegemónico tradicional de división de género en el trabajo. "Un modelo que asigna a los hombres la responsabilidad en el trabajo productivo, relacionado con lo social y externo a la familia, y a las mujeres la crianza de los hijos y el cuidado del hogar (el ámbito privado) y que incluye una serie de atributos o características diferentes para hombres y mujeres: se supone así que las mujeres son afectivas, maternales, intuitivas, sumisas, dependientes, personas que se preocupan de los demás; y que los hombres son racionales, dominantes, fuertes e independientes.

Esta división de roles implica que los hombres disfruten de más poder y reconocimiento social, mientras que las mujeres quedan relegadas al ámbito de lo privado, a la invisibilidad y a la falta de proyección social. Pero supone también la existencia de desigualdades respecto a la salud"<sup>39</sup>.

La perspectiva de género ayuda a comprender una de las grandes paradojas existentes en relación con la salud: el hecho de que las mujeres viven más, pero su estado de salud general es peor que el de los hombres. Mientras que el peor estado de salud de las mujeres se relaciona en gran medida con una posición social más desfavorecida, la menor esperanza de vida de los hombres se asocia con hábitos más insanos y prácticas de riesgo que conducen a más muertes por accidentes y otras causas en la edad media de la vida (<sup>40</sup> y <sup>41</sup>).

"Todavía hoy se tiende a pensar que los consumos femeninos de drogas carecen de elementos singulares, ofreciendo las mismas interpretaciones y respuestas para hombres y mujeres, a pesar de que los factores que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas o a abusar de estas sustancias no siempre son coincidentes, como tampoco lo son sus patrones de consumo, las consecuencias o problemas que provocan o las necesidades que presentan. Esta visión deformada de la realidad de las drogas está en gran medida propiciada por la vigencia que aún tiene en nuestra sociedad el modelo tradicional de roles masculino y femenino, que percibe el consumo de drogas por parte de las mujeres como un comportamiento impropio"<sup>42</sup>.

Los usos de drogas de las mujeres se analizan generalmente como excepciones insignificantes de una realidad que pertenece a los varones. Aunque los hombres lideran el consumo de sustancias psicoactivas, no son la mayoría absoluta y las distancias se acortan día a día. El desarrollo de líneas de investigación específicas

incorporando la perspectiva de género ha sido escaso, especialmente cuando las comparamos con las destinadas al estudio del uso y abuso de drogas entre los hombres.

La bibliografía referida al uso de drogas por parte de las mujeres se centra muchas veces en los efectos de la drogadicción sobre los familiares y otras personas más que sobre ellas mismas<sup>43</sup>; "A diferencia de los aplicados a los varones, los modelos basados en la enfermedad o en las conductas desviadas cuando se aplican a las mujeres tienden a enfatizar su rol como madres y surgen de la preocupación sobre los efectos del uso de drogas en el embarazo, parto y maternidad, definidos principalmente en relación al neonato"<sup>44</sup>.

"Se parte de una lectura totalmente reproductivista de los problemas de salud de las mujeres. Desde este modelo, la característica principal del cuerpo femenino a partir de la cual se explica lo demás, es la fertilidad y, en consecuencia, la maternidad"<sup>45</sup>. Esta visión de la existencia femenina focalizada en solo uno de sus roles, incompleta, concluye en modelos de investigación, diagnóstico y tratamiento igualmente inacabados.

"Desde finales de los años 60 se ha realizado un trabajo intensivo de investigación sobre el abuso de sustancias psicoactivas (...) La mayoría del trabajo existente concierne al alcoholismo masculino o a la adicción masculina a la heroína y, en la última década, a la de la cocaína. La investigación en torno al uso de drogas por las mujeres realizadas desde los años 70 suele utilizar teorías y modelos desarrollados para explicar la experiencia de los varones con la heroína, aplicándolos a las diferencias de género, sin haberse producido, de este modo, un desarrollo específico. Ciertamente, la literatura sobre el uso ilícito de drogas tiene una serie de limitaciones con respecto al género"<sup>46</sup>.

De manera evidente, las pautas de la drogadicción femenina se han derivado de los resultados de estudios efectuados exclusivamente con hombres<sup>47</sup> y, como lo define Romo: "La experiencia masculina se presenta como central, la más importante y la norma estadística, así como moral y descriptiva. La experiencia femenina aparece así como una desviación más. Cuando se estudia a las mujeres usuarias de drogas se les observa, normalmente, desde la "desviación". Se las ve más desviadas y psicológicamente inadecuadas o inadaptadas que a los varones que consumen las mismas drogas"<sup>48</sup>.

Esto influye directamente sobre los contenidos actuales de los programas preventivos y asistenciales en materia de drogodependencias, que "se enfrentan a sus respectivas poblaciones destinatarias como si fueran un todo monolítico, que comparte idénticas características, motivaciones y problemas: los dominantes entre los hombres. Así pues, no resulta extraño comprobar cómo, a pesar de los progresos logrados en el conocimiento de la epidemiología de las drogas, en la acumulación de evidencias científicas en torno a la efectividad de los programas de prevención de las drogodependencias y de las mejoras en las respuestas terapéuticas a las adicciones, se sabe muy poco sobre la situación diferencial en hombres y mujeres"<sup>49</sup>.

A este sesgo clínico-académico que entorpece la diagnosis y tratamiento en las mujeres, se suma otra carga que no tienen los hombres: el papel central en la familia que le confiere la sociedad. "La maternidad (real o como expectativa), siendo un referente específicamente femenino, implica conceptos de gran importancia relativos al autocontrol y el autocuidado. La doble penalización que implica (desde la sanción social) la transgresión en el caso de que sea protagonizada por una mujer, afecta a distintos aspectos de su imagen interna y externa"<sup>50</sup>.

“Es decir, hablamos de diferencias de consumo, de modos de uso, pero también de estigmas sociales y rechazo de la población, de problemas de tratamiento y dificultades de adaptación a unos programas que no se han creado pensando en las personas afectadas, sino en otras que se toman genérica y equívocamente como patrón”<sup>51</sup>.

“La consecuencia más inmediata de esta situación es que, si bien los profesionales saben que una mujer adicta además de la adicción suele padecer problemas asociados al rol femenino tanto o más graves (incluso con un papel etiológico en aquella), no se han generado suficientes alternativas terapéuticas válidas para abordar tales cuadros patológicos. Consecuentemente, en muchos casos la adicta acaba sumando a sus dificultades iniciales la sensación de fracaso, de incompreensión y por último de incurabilidad”<sup>52</sup>. “No sólo se mantiene el problema, no sólo se reproduce el fenómeno, sino que se le añaden nuevas cargas y complicaciones de hondo calado social”<sup>53</sup>.

La maternidad y la crianza de lxs hijxs como epicentro de su papel social, es un peso diferencial que no tienen los hombres y que influye directa y negativamente sobre el comportamiento de las mujeres en el consumo, la adicción y el proceso de recuperación. Esta imposición está perfectamente descrita en los estudios existentes: “cuando se habla de familias ‘disfuncionales’ se hace más hincapié en las características psicológicas de las mujeres que en las de los hombres”<sup>54</sup>. “Pocas veces se incluye esta referencia a la familia cuando se trata de casos equivalentes que recaen sobre sujetos masculinos. Ello se debe a esa centralidad en la familia que se atribuye a las mujeres, de la que adquieren su ser social y su sentido existencial”<sup>55</sup>.

Según varixs investigadorxs, esta presión social también las empujaría, paradójicamente, a la adicción: “las mujeres debemos buscar las causas del consumo abusivo de las drogas en el comportamiento que se espera de nosotras. La sociedad nos asigna unas funciones y unos valores: se supone que lo que más nos importa es el bienestar de quienes nos rodean, que somos pacientes y fuertes para sostener los problemas familiares, que uno de nuestros mayores deseos es ser madres... Son sólo algunos aspectos de lo que hasta hace poco se entendía que era ‘natural’ en las mujeres”<sup>56</sup>.

De lo dicho, se desprende con claridad que las mujeres sufren una mayor estigmatización y discriminación a la hora de consumir drogas o desarrollar una adicción, en tanto que –siéndolo o no– está “faltando a sus deberes de madre” y desoyendo el mandato conductual imperante de “La Familia”. Se la considera –tanto si consume, como si es adicta– como más irresponsable, menos confiable e incluso más promiscua sexualmente (“la que bebe”, por ejemplo, “se considera cuando menos que es ‘inmoral’, lo que aumenta el riesgo de convertirla en un blanco perfecto para sufrir abusos y desconsideraciones de cualquier clase”<sup>57</sup>). Los hombres no sufren esta clase de estigmatización asociada.

Este estereotipo discriminatorio puede resumirse en que “El uso ilegal de drogas es más ilegal para las mujeres que para los varones, y cuanto mayor es la ilegalidad de una sustancia, mayor es la desviación del comportamiento que se espera de las mujeres”<sup>58</sup>.

La diferente respuesta del entorno social a los procesos de adicción según el género de la persona adicta, explica por qué muchas mujeres optan por ocultar el problema, por no demandar ayuda, y permanecen “temerosas de ser estigmatizadas como adictas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo”<sup>59</sup>. “En la práctica cotidiana” –puntualiza un estudio– observamos que la percepción social de las mujeres adictas trae consigo un estigma más marcado e incluso una visión más negativa para las propias afectadas. Factor éste que pueda explicar su menor inclusión en lista de

tratamiento o adherencia a los mismos<sup>60</sup>. Por otra parte el fenómeno de la estigmatización es especialmente fuerte en la maternidad de las toxicodependientes<sup>61</sup>.

El estigma diferencial que pesa sobre las adictas es bien conocido por lxs profesionales de la salud y, en los países que han decidido enfrentarlo, "Las mujeres toxicodependientes son vistas cada vez más como una población que requiere un alto nivel de atención especializada y apoyo", en reconocimiento a su desventaja. Incluso "La mayor parte de los países de la Unión Europea reconoce que los niños nacidos de estas mujeres necesitan también un cuidado especial"<sup>62</sup>, pues las complicaciones y el estigma alcanza también a ellxs. Pese a la abrumadora evidencia, esta clase de enfoque de la situación no es habitual ni en las instituciones de salud ni en la sociedad en general, y el problema del estigma discriminatorio aún persiste.

"Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por los demás. Mientras que en el caso de los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas, temerarias o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes"<sup>63</sup>. Por ello, las mujeres adictas a las drogas soportan un mayor grado de sanción/reproche social que los hombres, que se traduce en la presencia de un menor apoyo familiar o social<sup>64</sup>.

Estas condiciones refuerzan su aislamiento social, que "favorece la ocultación del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superarlo. Son reiteradas las evidencias que señalan que retardan la solicitud de ayuda hasta el momento en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal que las hace insostenibles. Esta circunstancia explica, por ejemplo, cómo, siendo la proporción de hombres con problemas de abuso de alcohol el doble que de mujeres, las tasas de tratamiento masculinas cuadruplican a las femeninas"<sup>65</sup>.

"¿Por qué -se pregunta Pilar Ripoll<sup>66</sup>- es importante en el tema de las dependencias la actuación de las mujeres, su papel y lo que se espera de ella? ¿Por qué es considerado "peor" el alcoholismo y el consumo de drogas ilegales en las mujeres? ¿Por qué la esposa del alcohólico aguanta durante años sufriendo agresiones en muchos casos? ¿Por qué las madres de los toxicómanos luchan y se mueven de aquí para allá organizando asociaciones? ¿Dónde está el padre? ¿Por qué algunas hijas de alcohólicas se casan con hombres también alcohólicos o toxicómanos?". Y la respuesta es que "la percepción social de las mujeres drogodependiente está mucho más deteriorada que la del hombre", como se demostró en un informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías<sup>67</sup>, donde "la opinión mayoritaria se centraba en una clara incompatibilidad entre ser mujer y ser drogodependiente, en función de sus características potenciales de maternidad"<sup>68</sup>.

Usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo 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" (<sup>69</sup> y <sup>70</sup>). Incluso entre los propios usuarios de drogas, las mujeres generan rechazo, reportando los usuarios de drogas su preferencia por parejas femeninas "libres de drogas"<sup>71</sup>.

Como consecuencia, son muchas las mujeres con hijxs "que rehúyen un tratamiento a su enfermedad por el miedo que les provoca pensar que les pueden quitar la custodia de sus hijos. En cambio los hombres se asocia con delincuencia y crimen, donde los daños a terceros serían de carácter colateral"<sup>72</sup>. En contraste con los casos de consumidores masculinos cuyas mujeres suelen permanecer a su lado, haciéndose cargo de lxs hijxs, ayudando en su rehabilitación, las mujeres que consumen drogas

son frecuentemente abandonadas por sus parejas y pierden la tenencia de sus hijos: deja de ser vista como buena esposa y madre. Las mujeres consumidoras de drogas permanecen, demasiado a menudo, ocultas a la vista de la población (<sup>73</sup>, <sup>74</sup>, <sup>75</sup> y <sup>76</sup>).

No se pueden comprender las dos perspectivas del fenómeno a partir de un patrón idéntico.

"Las mujeres prefieren los medicamentos y el alcohol a las drogas duras. Estas sustancias son más fáciles de conseguir, o son prescritas con facilidad por los médicos. Se consumen en el contexto de una subcultura o 'escena' muy diferente. En segundo lugar, no resulta difícil entender que a las mujeres con hijos les cuesta entrar en un programa residencial (de rehabilitación) de larga duración. Es difícil estar separada y no es fácil hallar una buena solución si los restantes miembros de la familia no pueden cuidar de los niños"<sup>77</sup>.

"Las diferencias de género se reflejan en cuestiones como las respuestas al consumo abusivo de drogas. Los hombres suelen centrarse en los efectos relacionados con el delito; mientras que las de las mujeres parecen estar más motivadas por una preocupación ante el impacto del consumo abusivo de sustancias adictivas en terceros (hijos, prostitución y miedo por enfermedades de transmisión sexual, etc.)"<sup>78</sup>.

Asimismo, el abuso sexual y violencia doméstica están también presentes en manera diferencial: "un historial de abuso sexual en la infancia resulta en una determinante significativa de abuso de alcohol y otras drogas en las mujeres. Un estudio reveló que el alcoholismo era tres veces mayor, y, otras sustancias cuatro veces y media más común, en las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la niñez que en la población total"<sup>79</sup>. Otras investigaciones muestran que las personas consumidoras de drogas ilícitas distintas de los derivados del cannabis sufrieron agresiones físicas a manos de su pareja en un porcentaje cinco veces superior a las no consumidoras<sup>80</sup>.

Distintos estudios ponen de manifiesto la precariedad laboral de las mujeres drogodependiente y su baja calificación profesional, una situación económica paupérrima y normalmente asociada a la ayuda de los padres o la pareja para poder subsistir, así como un estado de salud general precaria asociada al uso de las jeringuillas y las prácticas sexuales de riesgo, encontrando porcentajes bastante altos de infectadas por VIH (45%), hepatitis B (35%) y hepatitis C (70%). Otros aspectos destacados son los relacionados con las altas tasas de intentos de suicidio (42%) y las sobredosis (38%), muchas veces provocadas intencionadamente por ellas buscando la muerte. No podemos olvidar tampoco los factores asociados a la maternidad y su repercusión, con una alta incidencia de abortos (52%) Asimismo suelen aparecer problemas asociados al parto, encontrándonos unos 30% de recién nacidos con síndrome de abstinencia que conlleva la hospitalización<sup>81</sup>.

Según los resultados de las investigaciones más prestigiosas, pueden nominarse como elementos característicos de las adicciones a drogas presentes en las mujeres:

- El comienzo al consumo de drogas es algo más tardío.
- Los trastornos adictivos progresan de forma más rápida.
- Presentan mayor severidad de la adicción.
- Consumen menos cantidades que los hombres pero los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves.
- Sufren de manera singular el impacto de las drogas en la actividad reproductora.

- Presentan en mayores porcentajes que los hombres otros trastornos psiquiátricos asociados a la dependencia de las drogas.
- Señalan con más frecuencia la presencia de trastornos psiquiátricos previos al consumo problemático de drogas.
- La reacción ante la depresión, la ansiedad y el estrés aparecen con frecuencia como desencadenantes del consumo de drogas.
- Tienen mayor probabilidad de tener historia de abuso físico o sexual.
- Presentan mayor probabilidad de tener intentos de suicidios.
- Hay una elevadísima probabilidad de sufrir malos tratos físicos o psicológicos a manos de su pareja.
- Tienen más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres.
- Cuentan con menos apoyo familiar y social para enfrentar los problemas.
- Disponen de menos recursos o de mayores dificultades para acceder a ellos, en especial cuando tienen hijos menores<sup>82</sup>.

En cuanto a las diferencias de género frente a determinadas sustancias, el sesgo epistemológico antedicho ha minimizado las investigaciones y no existe demasiada información. Sin embargo, existe mayor cantidad de literatura sobre el consumo de psicofármacos en mujeres, en comparación con el resto de otras sustancias adictivas<sup>83</sup>.

Esto responde al hecho que las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres, lo que tampoco se encuentra alejado del paisaje conflictivo respecto al rol femenino – familiar impuesto por la sociedad: “Las motivaciones femeninas para consumir psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) se relacionan con la necesidad de evitar cierta sintomatología, como el estrés, la angustia, el nerviosismo, la tristeza o las dificultades para dormir, que se derivan de sus responsabilidades familiares y/o de la compatibilidad del trabajo dentro y fuera del hogar. Muchas de las mujeres, como el propio entorno familiar y social, consideran estas reacciones emocionales ante determinadas circunstancias y condiciones de vida como una enfermedad que pretende ser superada con el uso de psicofármacos”<sup>84</sup>.

En el consumo de psicofármacos encontramos también, sobre todo en mujeres jóvenes, diferencias de género que les conducen a un consumo distinto: “la presión sobre aspectos como la imagen corporal es mayor en las chicas que en los chicos y afecta a sus usos de drogas, especialmente los derivados anfetamínicos que han sido considerados como anorexígenos. En este sentido hemos detectado un motivo específico de inicio entre las mujeres: adelgazar”<sup>85</sup>.

En el consumo de tabaco también existen diferencias de género: “Los factores asociados al inicio del tabaquismo son diferentes en mujeres y hombres y están profundamente marcados por los roles de género. Mientras que la autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen son los factores que más influyen en la iniciación de las chicas, en los chicos fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones”<sup>86</sup>.

Aunque hombres y mujeres fuman para reducir el estrés, los factores desencadenantes son distintos. Mientras que las mujeres fuman como reacción a experiencias negativas, los hombres lo hacen habitualmente para aumentar sensaciones positivas<sup>87</sup>.

También se observan diferencias de género en las motivaciones para mantener el consumo de tabaco. “El temor a engordar es, de hecho, uno de los factores que más contribuyen a que las mujeres sigan fumando o se impliquen menos en el abandono de

los cigarrillos. No en vano, el estereotipo actual de mujer ideal impone la delgadez, no sólo como requisito estético, sino como vía para alcanzar el éxito social<sup>88</sup>.

Las diferencias de género que se suman a las distinciones biológicas, son otro factor discordante respecto a la postura falsamente homogénea en la atención de las personas con problemas de consumo de drogas. Necesitan de un rápido reconocimiento y cambio de actitud por parte de gobiernos, instituciones y profesionales abocados a la temática.

### III) Diferencias de comportamiento en consumo y adicciones

En los últimos veinte años, mundialmente se aprecia un incremento constante de mujeres con usos problemáticos de drogas<sup>89</sup>. "A pesar de que la feminización de los consumos de drogas parece estar perdiendo intensidad, la evolución en los hábitos de consumo con respecto a los años precedentes ha sido mucho más positiva entre los hombres, que han visto reducida significativamente sus prevalencias de consumo de sustancias relevantes como el alcohol, el tabaco o cannabis"<sup>90</sup>. Esta misma tendencia fue señalada a finales de los años noventa por el Consejo de Europa: "en los últimos años el uso de drogas entre las mujeres en Europa está sufriendo dramáticos cambios...con las mujeres progresando rápidamente hacia los mismos niveles de consumo que los varones". Estudios específicos como el de Parker y Measham<sup>91</sup> pusieron de manifiesto que a principios de esa década, las tradicionales distinciones de género basadas en las ratios de prevalencia del uso de drogas, en los que se veía 'ser mujer' como un factor de protección de cara al uso de drogas, estaban en declive.

Los consumos de drogas ilícitas son muy superiores entre los hombres. Sin embargo, estas diferencias se acortan, hasta casi desaparecer, en el caso de los adolescentes. "A partir de los 40 años la presencia de mujeres consumidoras de drogas ilícitas se reduce de forma drástica, hasta alcanzar niveles testimoniales en el caso de sustancias como la cocaína<sup>92</sup>. Así, con la única excepción de los tranquilizantes, los consumos de drogas siguen siendo hoy día claramente superiores entre los hombres.

Conviene señalar que las mujeres se inician más tarde en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y anfetaminas que los hombres mientras que, por el contrario, tienen un contacto más temprano con las drogas de síntesis, alucinógenos, heroína, tranquilizantes e hipnóticos<sup>93</sup>; y que las mujeres son en mayor medida monoconsumidoras que los hombres, así como este patrón se acentúa cuando se excluyen alcohol y tabaco de la contabilidad de las sustancias<sup>94</sup>.

El consumo de marihuana en los varones asume mayor peso el uso frecuente y cae el experimental y ocurre a la inversa en las mujeres. Cada 100 usuarios varones, 23 presentan problemas de uso compulsivo, tolerancia y síntomas de abstinencia, en tanto que entre las mujeres, la relación es menor.

La modalidad de consumo de cocaína es ocasional en más de la mitad de lxs usuarixs y frecuente para el 36.4% de ellos. Esta distribución se mantiene en los varones, mientras que en las mujeres el consumo ocasional implica al 66.8% de ellas<sup>95</sup>.

Las diferencias sociales entre mujeres y hombres presentes se reflejan en los consumos de drogas: de ahí, que los roles de género se manifiesten también en los contextos de usos de drogas (<sup>96</sup>, <sup>97</sup> y <sup>98</sup>). En los patrones de consumo –dosis, frecuencia, contexto, vías de administración, etc.– se observan claras diferencias entre

mujeres y hombres<sup>99</sup>, si bien este tipo de análisis se ha realizado con mayor exhaustividad para determinadas sustancias (<sup>100</sup> y <sup>101</sup>). Las estadísticas existentes señalan que el nivel educativo y la capacitación profesional de las mujeres con drogodependencias es menor que en los varones (<sup>102</sup>, <sup>103</sup>, <sup>104</sup>, <sup>105</sup> y <sup>106</sup>), y es frecuente que el inicio del consumo se produzca con usuarios varones, ya sea desde una relación afectiva o no (<sup>107</sup>, <sup>108</sup>, <sup>109</sup>, <sup>110</sup>, <sup>111</sup> y <sup>112</sup>); además, con la pareja pueden incrementar el consumo de drogas<sup>113</sup>. Sin embargo, respecto a la aseveración tajante de que "la iniciación de las mujeres suele producirse a través de sus parejas con más frecuencia que en los varones"<sup>114</sup>, ésta ha sido cuestionada por varixs autorxs: puede que este hecho "no sea tan común como parece y responda a la mirada hacia las usuarias de drogas a través del estereotipo de mujer pasiva y dependiente de su pareja que no siempre se ha encontrado en los estudios"<sup>115</sup>.

El papel masculino es innegablemente incidente y participativo en el consumo de drogas duras, generalmente las inyectables. En relación con las llamadas "drogas pesadas" las características más destacadas son que las mujeres<sup>116</sup>: a) se relacionan con hombres toxicómanos, b) tienen hijxs, c) su fuente de ingresos es mayoritariamente la prostitución, y d) Presentan antecedentes de malos tratos. Es decir, los hombres están omnipresentes en las condicionantes de este tipo de consumo.

"Es probable que distintos elementos del contexto que forman la construcción de género, del 'ser mujer' en nuestra sociedad, influyan en la forma en que las mujeres usan drogas ilegales y así no sean equivalentes los modos de iniciarse y continuar en el consumo de las diferentes sustancias, la posible susceptibilidad a los daños, el contexto social en el que consumen o las formas en las que acceden al tratamiento. En este sentido, tendríamos que señalar que los abordajes más comprensivos hacia la situación de las mujeres -la perspectiva cualitativa- revelan que muchas de las diferencias entre varones y mujeres que usan drogas se relacionan con el género más que con el uso de sustancias. A fin de cuentas, las diferencias en el uso de las sustancias psicoactivas reflejan diferencias sociales entre los varones y las mujeres (como las responsabilidades parentales y la desigualdad en la negociación de las relaciones personales). Éstos son algunos de los resultados que se han puesto de manifiesto en la investigación sobre los usos de drogas y proporcionan información para la construcción de ese conocimiento sobre la forma en que las usan las mujeres"<sup>117</sup>.

Se ha señalado que las mujeres, quizás, porque usen cantidades equivalentes de drogas, tienden a desarrollar problemas de salud relacionados con el uso de las mismas antes que los varones<sup>118</sup>. En este sentido, algunxs autorxs del ámbito anglosajón han sostenido que, comparadas con los varones, las carreras de las mujeres que usan drogas son más "comprimidas", y que las mujeres se hacen dependientes y buscan tratamiento antes que los varones<sup>119</sup>.

El ocultamiento del uso de sustancias psicoactivas –un fenómeno casi típico en las mujeres– es un problema que se suma a los muchos que intervienen en el fenómeno de consumo de drogas, con la particularidad de que exacerba sus efectos más negativos. Este silenciamiento del consumo, por miedo al estigma, al rechazo, o por otros motivos, en sujetos femeninos es una constante<sup>120</sup>. No obstante, "a pesar del ocultamiento del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres por prohibiciones sociales más fuertes, parece que ha habido un aumento de la drogadicción en el sexo femenino, pudiendo esperarse que la proporción de hombres a mujeres consumidoras podría fluctuar entre 3 y 6 varones por cada mujer"<sup>121</sup>.

Este fenómeno de ocultamiento condiciona directamente el modo de consumo; las mujeres que usan y abusan de sustancias psicoactivas, niegan y disfrazan su adicción, o bien, eligen sustancias que pueden consumirse en espacios privados y en el que puedan controlar mejor sus emociones.<sup>122</sup>

Veamos ahora cómo se desarrolla el comportamiento de consumo de drogas por parte de las mujeres en Argentina y cuáles son sus diferencias respecto a los hombres. En relación al consumo en general, entre la población de 12 a 65 años que viven en localidades de 80 mil habitantes y más, las sustancias que presentan mayores tasas de consumo de alguna vez en la vida son el alcohol (71.6%) y el tabaco (52.2%), ambas sustancias de curso legal<sup>123</sup>. Aunque con porcentajes diferentes según el lugar, esto es exactamente igual en el resto del mundo: en casi todos los países de América y Europa el consumo de alcohol y tabaco alcanzan las prevalencias más altas –ya sea de vida, año o mes–, seguida por el consumo de marihuana.

Sin embargo, en Argentina el uso de tranquilizantes sin prescripción médica determina un patrón de consumo específico para nuestra sociedad<sup>124</sup>, con cifras altísimas: se estima que el 20 % de los medicamentos se ofrecen por fuera de los circuitos legales de comercialización, por lo que nuestro país está considerado un “subconsumidor” de medicamentos y se encuentra entre los primeros del mundo en el consumo de psicofármacos<sup>125</sup>. Las tasas de prevalencia de vida de tranquilizantes usados sin prescripción médica alcanzan el 2.6% y un 0.8% el consumo de estimulantes y de alucinógenos<sup>126</sup>.

Si consideramos que los psicofármacos son una de las sustancias preferidas por las mujeres argentinas a la hora de consumir, podemos observar que existe en nuestro país una población femenina con una tendencia de consumo superior a la media mundial.

Es pertinente aclarar de que no hemos hallado estudios argentinos que se aboquen al examen de esta cuestión y que, más allá de unos pocos ensayos –escritos mayoritariamente por psicólogos– prácticamente no existe bibliografía al respecto aunque se dispone de estadísticas. Como es esperable ante un vacío académico, tampoco hay un enfoque clínico que responda a esta especialísima situación ni política gubernamental que la considere: las argentinas están entre las mayores consumidoras de psicofármacos del mundo, y sin embargo, todo lo que la sociedad argentina hace con ellas es recabar estadísticas.

Como ocurre a nivel internacional, los varones presentan una mayor tasa de consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y de otras drogas con respecto a las mujeres<sup>127</sup>; y han consumido más drogas ilícitas en la vida, en el año y en el mes los varones que las mujeres<sup>128</sup>.

La tasa diferencial respecto al varón de las cuatro sustancias de consumo más frecuente en las mujeres (a excepción de la antedicha respecto a los psicofármacos) es alta:

**Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas según sexo y diferencias**

Sustancia	Sexo		
	Varones	Mujeres	Diferencia
Cocaína	5,4	1,4	4
Marihuana	12,5	5,2	7,3
Tabaco	57,7	46,8	10,9
Alcohol	78,6	64,6	14

Elaboración propia. Fuente: <sup>(129)</sup>

En nuestro país, la marihuana se ubica en tercer lugar de consumo, con una tasa del 8.9%, y luego la cocaína, con el 3.4%. La primera es mayormente consumida por varones que por mujeres. La prevalencia alguna vez en la vida de consumo para ambos sexos es del 18.9%, verificándose el mayor consumo entre los sujetos de 19 a 34 años<sup>130</sup>.

Han consumido más cocaína en vida los varones que las mujeres. El tramo de edad con mayor prevalencia de su consumo alguna vez en la vida se observa entre los adultos jóvenes de 25 a 34 años y, en segundo término en los jóvenes de 19 a 24 años<sup>131</sup>.

El consumo de cocaína aparece fuertemente asociado al consumo problemático de alcohol, siendo casi 10 veces más. En las mujeres y en los jóvenes de 25 a 34 años, el consumo de esta sustancia entre los consumidores que tienen uso perjudicial es de hasta 15 veces más respecto de usuarios no problemáticos de alcohol<sup>132</sup>.

El consumo de psicofármacos tiene un corte específico por sexo: las mujeres consumen más tranquilizantes y los hombres más estimulantes<sup>133</sup>.

En relación al consumo de paco (pasta base), la prevalencia de vida alcanza el 0.8% de la población, distribuyéndose el consumo en forma idéntica en varones y mujeres<sup>134</sup>.

El 2.1% de la población ha consumido éxtasis alguna vez en la vida, resultando que la prevalencia de consumo alguna vez en la vida en los varones (3.2%), más del doble que en las mujeres (1.2%)<sup>135</sup>.

El 23.3% de los usuarios de alguna droga en el último año son policonsumidores, involucrando a dos drogas preferentemente. En los varones el uso combinado alcanza al 28.4% y en las mujeres es menor, del 12.8%<sup>136</sup>.

La composición del policonsumo involucra a la marihuana como droga de mayor consumo, además de caracterizar el monoconsumo en un 64.8% de los usuarios. El uso exclusivo de marihuana es mayor entre las mujeres, en tanto que el 28.9% de los varones presenta un uso donde combina marihuana y otras drogas<sup>137</sup>.

Estas son las diferencias más notables en el consumo de sustancias de curso ilegal:

Alguna droga ilícita	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
Prevalencia de vida	19,3%	23,2%	15,7%
Prevalencia de año	9,6%	12,2%	7,2%
Prevalencia de mes	6,4%	8,7%	4,3%

Marihuana	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
Prevalencia de vida	18,9%	22,5%	15,4%

Cocaína	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
Prevalencia de vida	6,1%	7,6%	4,7%

Prevalencia de vida	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
Tranquilizantes	4,3%	4%	4,6%
Estimulantes	1,4%	1,7%	1,1%

Elaboración propia. Fuente: <sup>(138)</sup>

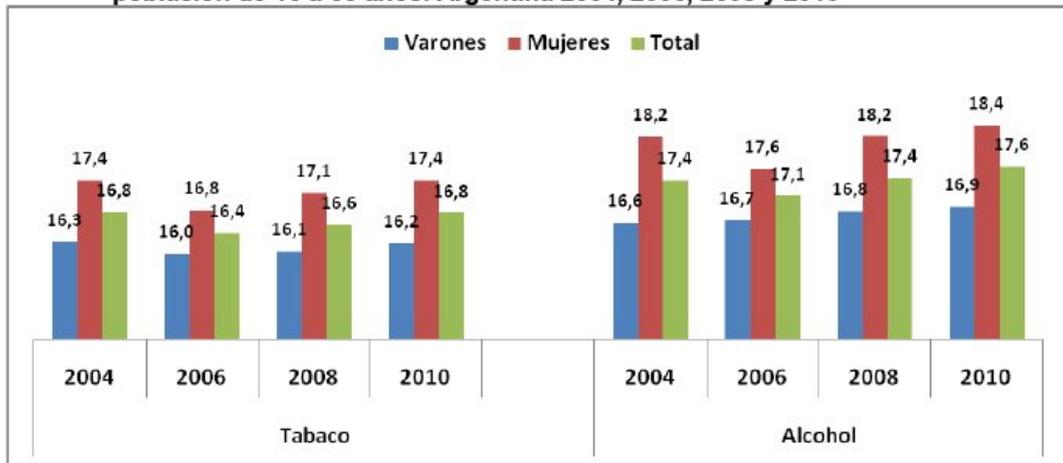
En cuanto a la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas es una constante que las mujeres se inicien más tardíamente que los hombres:

**edad de inicio de consumo de tabaco, alcohol y tranquilizantes sin pm según sexo**

Sustancia	Media
<b>Tabaco</b>	
Total	16,5
Varones	16,0
Mujeres	17,1
<b>Alcohol</b>	
Total	17,2
Varones	16,6
Mujeres	18,0
<b>Tranquilizantes</b>	
Total	34,2
Varones	32,4
Mujeres	35,2

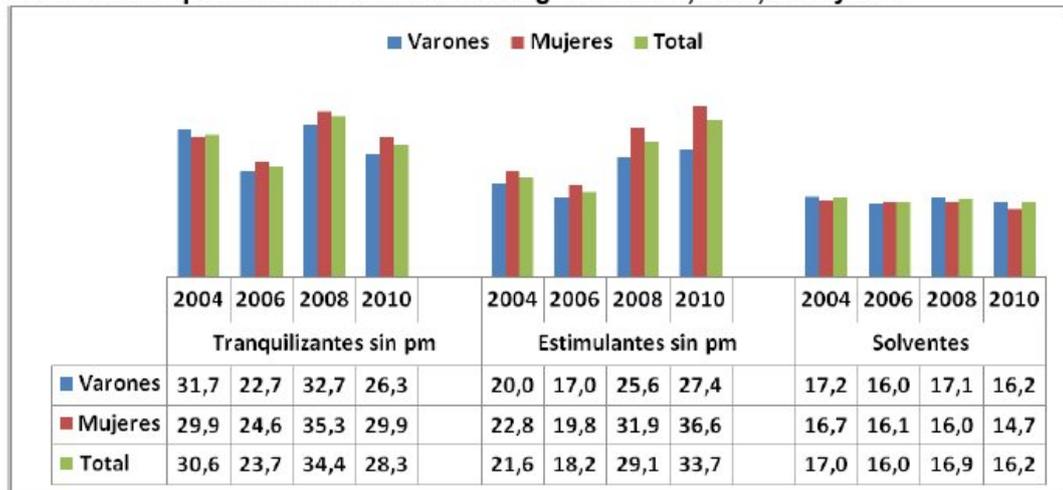
Elaboración propia. Fuente: <sup>(139)</sup>

**Promedio de edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010**



Fuente: <sup>(140)</sup>

**Promedio de edad de inicio en el consumo de sustancias de uso indebido. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010**



Fuente: <sup>(141)</sup>

Las diferencias de inicio de consumo están influidas –además de las cuestiones de género que implican un mayor control parental sobre la conducta de las adolescentes– en gran parte, por la distinta percepción de riesgo, la curiosidad por el consumo y la oportunidad de oferta; cuestiones donde las mujeres son también muy diferentes a los hombres.

Las mujeres presentan una mayor percepción de riesgo, que es más notorio frente a los usos experimentales<sup>142</sup>. En todas las sustancias, éstas superan a los hombres en cuanto a conciencia de la peligrosidad de las mismas:

**Distribución de la población según percepción de Gran riesgo por sexo**

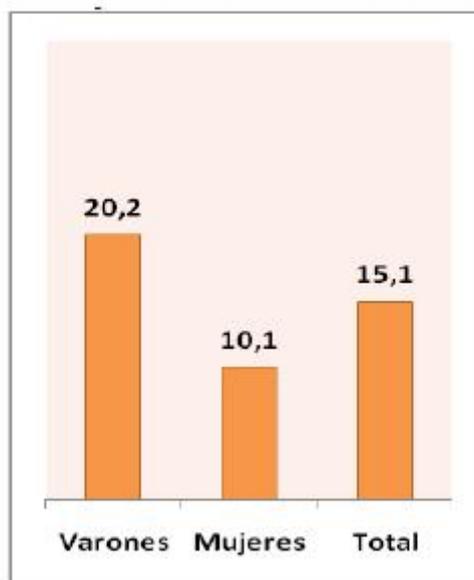
<b>GRAN RIESGO DE:</b>	<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
Fumar cigarrillos frecuentemente	79,6	83,5
Tomar bebidas alcohólicas frecuentemente	77,8	84,9
Tomar tranquilizantes/estimulantes sin prescripción médica, frecuentemente	78,7	84,5
Probar marihuana una o dos veces	49,5	57,3
Fumar marihuana alguna vez	51,6	59,5
Fumar marihuana frecuentemente	82,7	88,1
Probar cocaína una o dos veces	69,2	73,3
Consumir cocaína alguna vez	73,0	75,9
Consumir cocaína frecuentemente	93,5	94,5
Probar pasta base - paco una o dos veces	84,3	85,4
Consumir pasta base - paco alguna vez	85,9	86,3
Consumir pasta base - paco frecuentemente	92,3	93,4
Probar éxtasis una o dos veces	72,8	77,3
Consumir éxtasis alguna vez	75,2	78,6
Consumir éxtasis frecuentemente	85,7	88,1

Fuente: (143)

Son los varones y las personas jóvenes de 16 a 34 años quienes han recibido mayor oferta de todas las drogas indagadas<sup>144</sup>. Los varones tienen una mayor percepción de facilidad de acceso<sup>145</sup> que también se corresponde a un mayor consumo. La diferencia por sexo es importante: entre los varones se duplica la proporción de quienes recibieron oferta y, aún manteniendo la distancia respecto de las mujeres, cuando se trata de marihuana, la distancia es menor que en relación a las otras drogas<sup>146</sup>.

En cuanto a la curiosidad por consumir drogas, los varones expresan en las encuestas una respuesta positiva del 20.2% en tanto que en las mujeres es exactamente la mitad: 10.1%<sup>147</sup>:

### Porcentaje de población que sintió curiosidad por probar una droga.



Fuente:<sup>(148)</sup>

“La probabilidad de consumo, a diferencia de la curiosidad, indica con mayor precisión el porcentaje de personas que serían potenciales consumidores, porque indaga sobre la probabilidad de consumo de tener la ocasión. Son las respuestas positivas (puede ser y si) a la pregunta: *Si tuvieras la ocasión, probarías*. Un 6.3% de la población consumiría drogas si tuviera la ocasión, aunque sea de modo experimental”. Esta probabilidad de consumo es mayor entre los varones, el 8.7% frente al 4 % de las mujeres<sup>149</sup>.

Como se observa, existen amplias diferencias en el consumo y la adicción entre mujeres y hombres: desde la conciencia de los peligros de las drogas, hasta el comportamiento durante el consumo, incluyendo distintos niveles de curiosidad, demanda y acceso a la oferta de las mismas, variaciones según la edad y fenómenos de policonsumo. Sin llegar a ser diametralmente opuestas, las mujeres tienen un comportamiento propio y distintivo frente a las drogas.

Entre las diferencias más marcadas y estudiadas, se encuentran las existentes en el consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos. Respecto al primero, los análisis conocidos sobre el consumo de bebidas alcohólicas en Argentina se centran en la población que consumió alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días o prevalentes de mes. Según la prevalencia arrojada en este estudio, son el 46.8% de la población total y representan a unos 8.270.284 personas<sup>150</sup>. Entre aquellos que consumieron alcohol en los últimos 30 días en nuestro país, el 7.5% presenta algún indicador de dependencia a la sustancia. La prevalencia actual de indicadores de dependencia hallada en el grupo de varones duplica la observada en el grupo de mujeres<sup>151</sup>.

La bebida de mayor consumo es la cerveza, seguida por el vino y luego por bebidas fuertes o combinaciones de bebidas o tragos. Los varones presentan un mayor consumo de cerveza y vinos que las mujeres<sup>152</sup>.

El consumo de cerveza ocurre fundamentalmente durante los fines de semana, tanto en varones como en mujeres. Las mujeres consumen cerveza solo en eventos sociales en mayor medida que los varones, en tanto que éstos duplican a las mujeres en el consumo diario, aunque en una proporción baja<sup>153</sup>.

El consumo problemático de bebidas alcohólicas se encuentra en una magnitud del 13% del total de personas que bebieron estas bebidas en el último año, según los dos últimos estudios nacionales<sup>154</sup>. El consumo problemático de alcohol es mayor entre los varones y entre los jóvenes de 16 a 24 años y no se observan diferencias importantes entre el 2008 y 2010, salvo un leve incremento en las mujeres a partir de los 35 años<sup>155</sup>. Por otra parte, posiblemente por falta de campañas de concientización por parte de las autoridades estatales, la percepción de daño asociado al uso frecuente de bebidas alcohólicas se mantiene estable entre el 2006 y 2010 en nuestra población<sup>156</sup>.

Se comprobó un claro comportamiento diferencial en las mujeres respecto a la ingesta de alcohol: "tienen tendencia de beber solas y a escondidas, y por lo tanto se mantiene el secreto sobre su problema por mucho más tiempo que en el caso de los hombres. Otra práctica común entre las mujeres alcohólicas es la 'ingesta meseta' en la que se bebe durante todo el día en pequeñas cantidades. Las mujeres alcohólicas manifiestan más síntomas de ansiedad, baja auto-estima, depresión, y hasta puede ser dependiente de medicamentos. También tiene mayores probabilidades de suicidarse"<sup>157</sup>. Algunos estudios advierten que, actualmente, el perfil clásico de las mujeres alcohólicas parece que haberse desdibujado. Aparentemente, este perfil ha sido sustituido por una nueva imagen del alcoholismo femenino referido a un tipo de mujer que se excede en el consumo, es muy joven y bebe de forma intermitente y compulsiva<sup>158</sup>.

Durante un día de consumo normal de alcohol, las mujeres consumen menos cantidad de tragos que los varones: el 84 % de ellas no consume más de dos tragos diarios. Por el contrario, entre los varones casi el 28% consume entre 3 ó 4 tragos y abusa, el 11.5%. Quienes más abusan en un día de consumo normal son los varones de 19 a 24 años<sup>159</sup>.

Durante los fines de semana los varones tienden a consumir más bebidas fuertes (bebidas blancas/destiladas) que las mujeres. Los adolescentes de 12 a 18 años y los jóvenes de 19 a 24 años son quienes presentan la mayor prevalencia.<sup>160</sup>

Los fines de semana se registra abuso de alcohol con vino en el 2.6 % de las mujeres, mientras que entre los varones se observa una prevalencia de abuso siete veces mayor (14.4 %). La mayor prevalencia de abuso de alcohol con vino se verifica en adultxs de 35 a 49 años (10,7 %), luego en jóvenes de 19 a 24 % (9,4 %), en tercer término en los adultos jóvenes de 25 a 34 años (8,6 %) y, por último, en los adultos de 50 a 65 años (8 %) <sup>161</sup>.

Los fines de semana consumen más cerveza los varones que las mujeres<sup>162</sup>.

Otro dato llamativo es que entre el 25 – 40% de las mujeres afectadas con algún trastorno alimenticio manifiestan alteraciones por el uso de alcohol. No se indica si la adicción es causa o consecuencia del trastorno alimenticio<sup>163</sup>.

Obsérvense las diferencias de hábitos de consumo de alcohol entre hombres y mujeres argentinos:

Cantidad tragos en un día de consumo normal	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
1 o 2 tragos	71,5%	60,6%	84,0%
3 o 4 tragos	21,4%	27,9%	14,0%
5 o más tragos	7,1%	11,5%	2,0%
Total	100%	100%	100%

Tragos bebidas fuertes fines de semana	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
No consume	80,2%	77,3%	83,9%
Un trago	7,8%	8,3%	7,0%
Dos tragos	6,4%	8,1%	4,2%
Tres tragos	1,1%	1,1%	1,2%
Cuatro tragos	0,2%	,4%	0,0%
Cinco tragos	0,3%	,0%	0,6%
No contesta	4,0%	4,7%	3,1%
Total	100%	100%	100%

Consumo de Vino fines de semana	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
No consume	43,1%	41,2%	45,4%
Una copa	30,9%	23,4%	40,4%
Medio litro	14,8%	18,7%	9,7%
Tres cuartos litro	5,4%	8,3%	1,6%
Un litro	3,3%	5,4%	0,7%
Dos litros	0,1%	0,0%	0,3%
Tres o más litros	0,4%	0,7%	0,0%
No contesta	2,0%	2,2%	1,8%
Total	100%	100%	100%

Cerveza fines de semana	Total	Sexo	
		Varón	Mujer
No consume	27,8%	22,8%	34,2%
Una lata	20,6%	14,4%	28,4%
Medio litro	17,5%	17,3%	17,7%
Tres cuartos litro	8,2%	9,0%	7,2%
Un litro	14,3%	18,1%	9,5%
Dos litros	3,9%	6,5%	,7%
Tres o más litros	6,1%	9,5%	1,7%
No contesta	1,6%	2,4%	0,6%
Total	100%	100%	100%

Elaboración propia. Fuente: (164)

En cuanto al tabaco, mundialmente cada año aumenta un 2% el número de mujeres fumadoras, que actualmente se sitúa en el 27%<sup>165</sup>, si bien el porcentaje de mujeres que no han fumado nunca (56%) es casi el doble que el de hombres (32,3%)<sup>166</sup>. Globalmente considerados, los hombres se inician antes que las mujeres en el consumo diario de tabaco, pero las estadísticas están siendo modificadas debido al aumento en el consumo de tabaco entre población femenina<sup>167</sup>.

Esta tendencia no parece reflejarse en Argentina donde, según el SEDRONAR, "La tendencia en el consumo de tabaco, según la tasa de consumo actual, indica que tanto varones como mujeres en el 2010 fuman menos que en el 2004, pero el descenso fue más pronunciado en las mujeres (4 puntos versus 2 puntos los varones)"<sup>168</sup>, es decir que las mujeres fuman menos. Este descenso de consumo parecería responder al interior del país, pues en la Ciudad de Buenos Aires "La relación entre la prevalencia de consumo de Tabaco en mujeres y varones, alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes no ha variado desde el 2006 hasta la fecha"<sup>169</sup>.

En Argentina, los consumidores actuales de tabaco fuman aproximadamente todos los días, en promedio, 27 días al mes y el promedio de cigarrillos diarios fumados es de 14 cigarrillos: 14,7 los varones y 12,2 las mujeres<sup>170</sup>.

**Intensidad de consumo de tabaco según sexo**

Medidas estadísticas	Varones		Mujeres	
	Cantidad de días	Cantidad de cigarrillos	Cantidad de días	Cantidad de cigarrillos
Media	26,8	14,7	26,8	12,2
Moda	30,0	20,0	30,0	20,0
Desvío Estándar	7,7	12,3	7,7	11,7
percentil 5	5	2	5	1
percentil 10	12	3	12	2
percentil 15	20	3	20	2
percentil 20	30	4	30	3
percentil 25	30	5	30	4
percentil 50	30	10	30	10
percentil 75	30	20	30	20

Elaboración propia. Fuente: (171)

¿Hay diferencias de género comprobadas en el fumar? Los ensayos de cesar de fumar en gran escala muestran que las mujeres tienden menos a iniciar el abandono y a reincidir si abandonan. El síndrome de abstinencia es más intenso en ellas y tienden más que los hombres a ganar peso cuando lo abandonan (<sup>172</sup> y <sup>173</sup>).

Las diferencias de consumo de psicofármacos entre mujeres y hombres son mucho más llamativas que en otras sustancias: la prevalencia del consumo de tranquilizantes entre las mujeres es mundialmente tres veces superior a la de los varones<sup>174</sup>, circunstancia que como mencionamos, es paradigmática en Argentina.

“El consumo de tranquilizantes ha sido tradicionalmente superior entre las mujeres, cuyas prevalencias de uso son casi el doble que entre los hombres, desproporción que se mantiene en todos los grupos de edad.

El mayor nivel de uso de tranquilizantes por parte de las mujeres se relaciona con el rol tradicional centrado en la reproducción y el cuidado del hogar (incluyendo el cuidado de los hijos y las personas dependientes), lo que favorece la aparición de situaciones de incomunicación y aislamiento social, la ausencia de reconocimiento y valoración social y la carencia de proyectos y espacios propios para la realización personal.

La sobrecarga física y emocional a que se ven sometidas numerosas mujeres se incrementa entre aquellas que compatibilizan el trabajo productivo fuera del hogar y las tareas domésticas, en especial en los hogares monoparentales liderados por mujeres con hijos menores a su cargo.

La creciente utilización de psicofármacos (tranquilizantes, somníferos y ansiolíticos) para el tratamiento de problemas psicológicos provocados por las tensiones sociales (familiares, laborales, etc.) llevó a las autoridades sanitarias a intensificar el control de su uso, lo que contribuyó a reducir su nivel de consumo. Sin embargo, en los últimos años se habría producido un repunte en el uso de tranquilizantes, tanto entre los hombres como entre las mujeres, manteniéndose la desproporción de uso a favor de éstas<sup>175</sup>.

En la bibliografía consultada se observa que existe un “perfil” de mujer consumidora de psicofármacos: mujeres mayores de 40 años, casadas, amas de casa con hijos. La medicación es mayoritariamente prescrita por el/la médico/a de cabecera y no tienen conciencia de su dependencia (<sup>176</sup>, <sup>177</sup> y <sup>178</sup>).

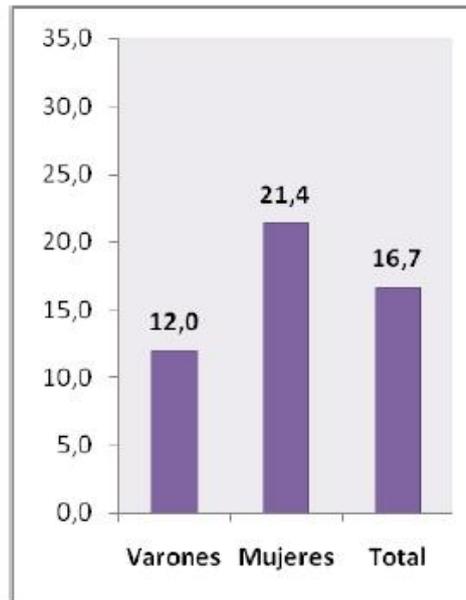
En consumos prolongados (mayores de 12 meses), las mujeres representan el 54.2 % de la muestra femenina, frente al 27.4 % de los hombres. En el consumo de psicofármacos inferiores a los 12 meses (a corto plazo), los hombres representan el 53.5 % frente al 23.9 % de las mujeres<sup>179</sup>.

En contraste directo con las drogas ilícitas, el uso de benzodiacepinas es más común entre mujeres que entre hombres. Las diferencias van en aumento con la edad. Comparado con las drogas ilícitas, el relativo bajo componente estigmatizante de los psicofármacos es notable, no obstante las consecuencias para la salud de su uso regular<sup>180</sup>. Conviene señalar también que, a diferencia de los hombres, las mujeres farmacodependientes tienen gran dificultad en abstenerse de las sustancias psicoactivas cuando el estilo de vida de su compañero respalda su uso<sup>181</sup>.

“Las mujeres mantienen una diferente percepción y acción frente al riesgo que las protege de los consumos más abusivos y dañinos. Sin embargo, parece que las mujeres están destinadas a tratar sus malestares con tranquilizantes. La ‘tranquilidad recetada’ de la que hablaba Burín se produce en países que difieren en aspectos culturales, sociales y económicos superando cualquier tipo de diferencia”<sup>182</sup>. Diferentes son los motivos que llevan a una mujer a consumir psicofármacos pero podemos resumirlos en la necesidad de “huir” de los problemas familiares y el estrés provocado por la doble jornada laboral. Otro de los motivos más frecuentes son angustia, nerviosismo e insomnio<sup>183</sup>.

En Argentina, el 16.7% de la población alguna vez en su vida usó tranquilizantes y ansiolíticos, en una proporción mayor las mujeres (21.4%) que los varones (12%). El uso fue bajo prescripción médica en el 84.2%. Esta modalidad es mayor entre las mujeres, en tanto que un 20% de los varones los usó por su cuenta.

**Proporción de personas que consumieron tranquilizantes alguna vez en la vida**



Fuente: (184)

Todo parece indicar que en nuestro país, las mujeres consumen psicofármacos mayoritariamente porque le son recetados en general por médicos de clínica general, aunque existe una visible preferencia de los psiquiatras por recetarlos a las mujeres en mayor proporción que a los hombres.

**Distribución porcentual consumidores por sexo según modalidad consumo**

Modalidad de uso	Sexo	
	Varones	Mujeres
Por receta o prescripción médica	77,9	87,7
Lo uso por su cuenta	20,3	10,3
Primero fueron recetados y luego fue regulando la dosis	1,0	1,8
Ns/nc	0,8	0,2

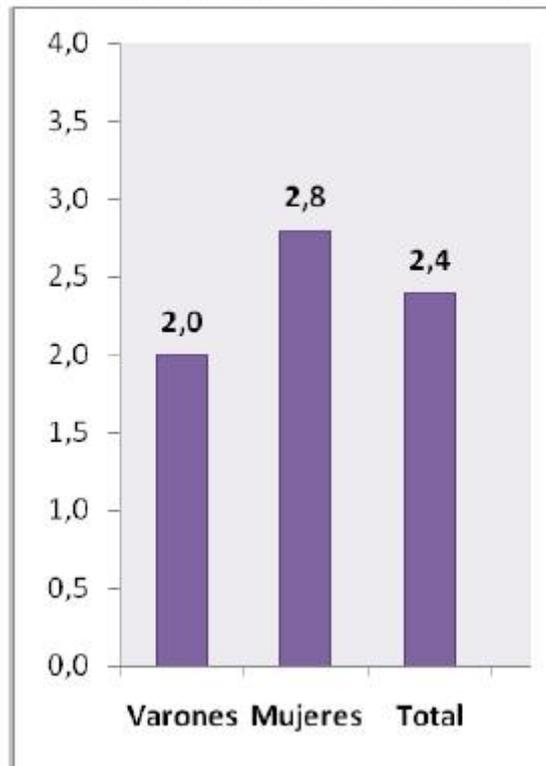
**Distribución porcentual por sexo según profesional que recetó**

Profesional que recetó	SEXO	
	Varones	Mujeres
Médico de medicina general	62,8	58,9
Psiquiatra	18,5	23,8
Otros especialistas	18,7	17,3
Ns/nc		0,1

Elaboración propia. Fuente: (185)

En más del 50% de los casos, el consumo de estimulantes fue recetado por un/a médico/a y en el 34%, se autoadministró. Esta práctica es considerablemente mayor entre los varones, quienes en un 55% hacen uso auto administrado de estimulantes. En general, en proporciones semejantes, lxs médicxs de medicina general y psiquiatras son quienes recetan los estimulantes y así también se observa entre las mujeres. En cambio, en los varones tienen mayor peso el primer tipo de profesionales<sup>186</sup>.

**Proporción de personas que consumieron estimulantes alguna vez en la vida**



Fuente:(<sup>187</sup>)

**Distribución porcentual de consumidores por sexo según modalidad de consumo de estimulantes**

Modalidad de uso	SEXO	
	Varones	Mujeres
Por receta o prescripción médica	43,3	80,1
Lo uso por su cuenta	55,3	18,9
Primero fueron recetados y luego fue regulando la dosis		1,1
Ns/nc	1,4	

Elaboración propia. Fuente: (<sup>188</sup>)

El 1% de la población de 12 a 65 años declaró consumo sin prescripción médica de tranquilizantes o antidepresivos, es decir 181.973 personas. La frecuencia de uso indica que en la mayoría de los casos, el uso es ocasional, pero entre las mujeres el uso diario alcanza al 13.7% frente al 3.4% de los varones<sup>189</sup>.

Frecuencia de consumo en los últimos 12 meses	SEXO	
	Varones	Mujeres
Ocasionalmente	91,0	77,8
Varias veces por semana	5,5	7,5
Diariamente	3,4	13,7

Fuente: <sup>(190)</sup>

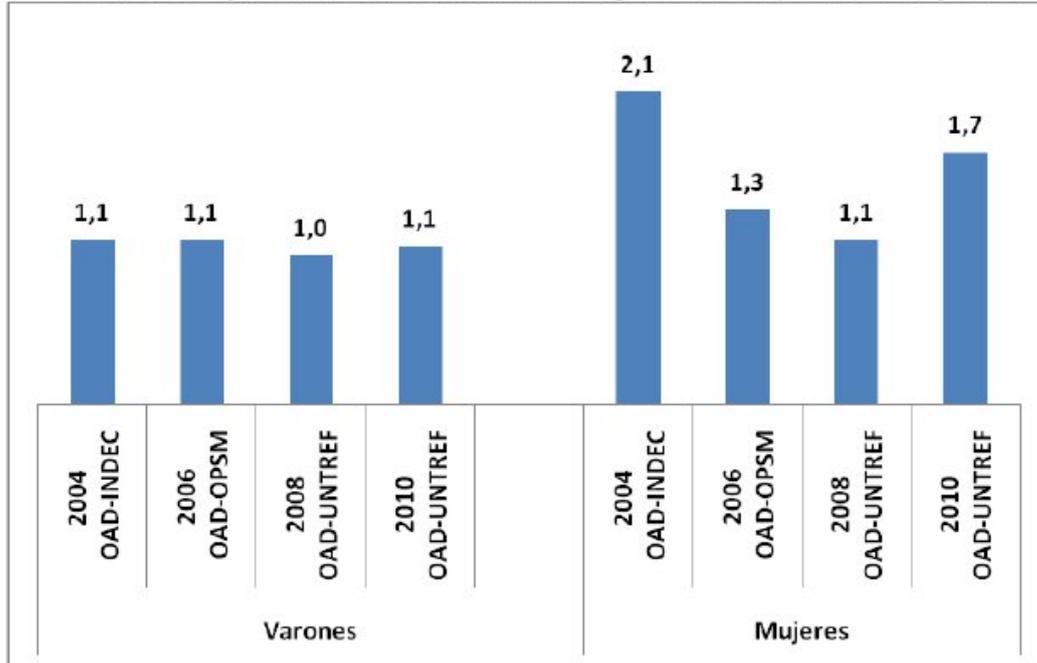
El consumo diario de estimulantes por parte de las mujeres es más de dos veces superior al de los hombres:

Frecuencia de consumo en los últimos 12 meses	SEXO	
	Varones	Mujeres
Ocasionalmente	84,2	65,8
Varias veces por semana	6,7	11,4
Diariamente	9,1	22,8

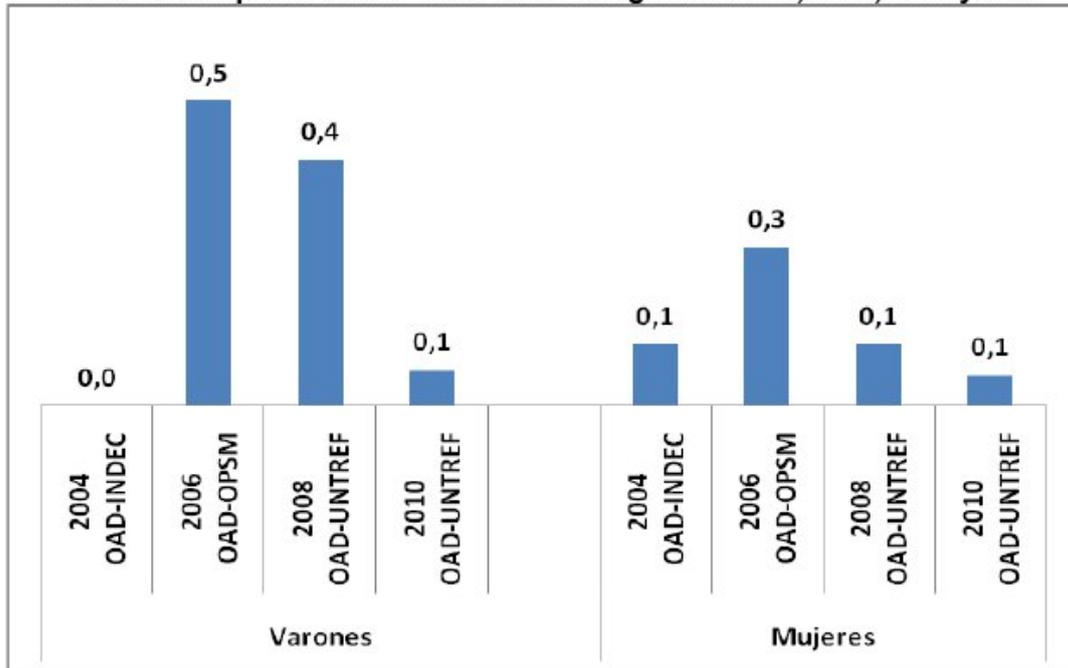
Fuente: <sup>(191)</sup>

El consumo de tranquilizantes sin prescripción médica registró su tasa más alta al inicio del periodo para descender significativamente hasta el 2.6% en el 2008 y crecer en el último año. Respecto de estimulantes sin prescripción médica, la tendencia es a la baja a partir del 2006, ubicándose en su nivel más bajo al finalizar el periodo<sup>192</sup>. El uso de tranquilizantes sin prescripción médica es mayor en las mujeres, en todos los estudios. La tendencia muestra cierta estabilidad en los varones y mayor oscilación en las mujeres<sup>193</sup>.

**Prevalencia de año de tranquilizantes sin prescripción médica según sexo. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010**



**Prevalencia de año de estimulantes sin prescripción médica según sexo. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010**



Fuente: <sup>(194)</sup>

Las diferencias de comportamiento en el consumo de drogas por parte de ambos sexos son notables: aun sin considerar las diferencias psicológicas y de tratamiento que describiremos más adelante, éstas –sumadas a las biológicas y de género antes descritas– muestran un escenario completamente distinto para hombres y mujeres a la hora de consumir drogas.

#### IV) Diferencias psicológicas y de tratamiento

“En los estudios sobre drogodependencias ha sido frecuente ignorar el género como factor explícito de influencia. Por defecto, la experiencia masculina ha predominado como la general. Junto a la omisión, las primeras contribuciones a la investigación sobre el consumo de drogas, dominadas por las explicaciones médicas y psicológicas, han proyectado una imagen de los usos de drogas de las mujeres como una forma desviada de la feminidad “normal” y explicado con frecuencia, como una compensación de deficiencias físicas o mentales”<sup>195</sup>. Hasta la fecha se ha prestado poca atención a los temas relacionados con las mujeres y el abuso de sustancias ya que la mayor parte de los esfuerzos de prevención y rehabilitación están mayormente dirigidos a los hombres, mientras que las iniciativas de salud para las mujeres se centran más bien en la salud reproductiva y materno-infantil<sup>196</sup>.

Muchos estudios que analizan las diferencias por sexo de las personas en tratamiento, como el de Wechsberg y otros<sup>197</sup>, indican una mayor prevalencia de los varones en los centros de atención. Al analizar los motivos de la menor presencia de mujeres, los estudios refieren como razones de peso a la influencia del modelo de tratamiento y a la tendencia de las mujeres a acudir más a los servicios de salud que a los dispositivos específicos sobre drogodependencias<sup>198</sup>. Esta conducta responde parcialmente a que “La mayoría de los programas de tratamiento han sido diseñados por los hombres, para los hombres, y el personal que los administra es del sexo masculino. En vista de ello y considerando las necesidades especiales de las mujeres adictas, no nos sorprende de que aún exista un alto índice de recaída entre las mujeres que están en la etapa de recuperación”<sup>199</sup>. Más adelante se verá que las mujeres tienen una enorme carga subjetiva a la hora de iniciar un tratamiento.

“Las implicaciones de la clase social, el género y la etnia sitúan a las mujeres en una posición marginal respecto a los varones en gran parte de las investigaciones que se han llevado a cabo, ocultándose sus experiencias, sentimientos y acciones. Primero debemos mejorar la información sobre las sustancias que consumen las mujeres, los motivos, razones y quizás el diseño de los programas preventivos debería partir de las opiniones de las propias jóvenes, de sus discursos, evitando así sesgos androcéntricos que han caracterizado el mundo de las drogodependencias”<sup>200</sup>. En efecto, se sabe mucho menos de la prevalencia y las pautas de uso indebido de sustancias psicoactivas en las mujeres y de sus necesidades de tratamiento; “tabúes y estigmas culturales determinan que sus problemas de consumo no sean reconocidos por ellas mismas ni por sus familiares o los profesionales que podrían ayudarlas a recibir tratamiento”<sup>201</sup>.

Numerosxs autorxs advierten que, en casi todo el mundo, prácticamente no hay tratamientos públicos específicos para las mujeres drogodependiente<sup>202</sup>. Esta falencia necesita urgente corrección, pues “aunque el porcentaje de mujeres con problemas de abuso o dependencia de las drogas es sensiblemente menor que el de hombres, los problemas que presentan las mujeres tienen una mayor gravedad, lo que las hace merecedoras de una atención específica”<sup>203</sup>.

Los estudios científicos han demostrado que los programas en general están diseñados para los varones, que son los usuarios mayoritarios de los mismos, y que la presencia de personal femenino es muy inferior en los tratamientos, lo que genera repercusiones negativas para las mujeres (<sup>204</sup>, <sup>205</sup>, <sup>206</sup>, <sup>207</sup> y <sup>208</sup>).

Reed<sup>209</sup> ha planteado que, además de las razones ya citadas, existen otras por las que los programas de tratamiento de drogas están orientados hacia los varones: en general, los consumos de drogas en las mujeres han generado menos alarma social que cuando son varones, ya que las conductas violentas (delincuencia, crímenes, etc.)

se asocian en mayor medida a los hombres. En las mujeres, el abuso de psicofármacos no suele ser considerado como un problema importante puesto que se consume en el contexto de lo privado; y el conocimiento sobre las reacciones químicas de las drogas en las mujeres es más limitado que sobre los varones, ya que el sujeto experimental suele ser varón y cuando se han considerado a las mujeres se ha centrado en las repercusiones en el feto.

La gran mayoría de los trabajos sobre el tratamiento de las drogodependencias han destacado que no se están ofreciendo servicios adaptados a las necesidades de las mujeres (<sup>210</sup>, <sup>211</sup>, <sup>212</sup>, <sup>213</sup>, <sup>214</sup>, <sup>215</sup>, <sup>216</sup>, <sup>217</sup> y <sup>218</sup>), lo que ha motivado la realización de informes internacionales monográficos sobre el tratamiento de los problemas de drogas (<sup>219</sup> y <sup>220</sup>) para sugerir y orientar intervenciones diferenciales.

Las razones principales por las que los expertos afirman que es necesario abordar la prevención y el tratamiento de las drogodependencias desde una perspectiva de género son:

- Existen factores de riesgo que favorecen el inicio del consumo de drogas, o su continuidad, específicos para hombres y mujeres.
- Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres exigen que las estrategias y actividades para prevenir el consumo de drogas se adapten a éstas.
- La adicción a las drogas entre hombres y mujeres tiene características diferentes. Está ampliamente documentado que la gravedad de los problemas de adicción es superior entre las mujeres y que el impacto familiar y social de las adicciones femeninas es superior.
- Las mujeres tienen dificultades añadidas para incorporarse al tratamiento de las adicciones y abandonar el consumo de drogas.
- Las mujeres presentan, en general, una evolución menos favorable que los hombres en el tratamiento de las adicciones, en gran medida porque los servicios asistenciales no tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y porque las mujeres reciben más presiones de su entorno familiar y social para concluir cuanto antes el tratamiento y poder asumir de nuevo sus responsabilidades familiares<sup>221</sup>.
- Existe una influencia de los estereotipos sobre las mujeres con drogodependencia en los profesionales de los dispositivos asistenciales y de la investigación y sus actitudes hacia ellas (<sup>222</sup>, <sup>223</sup>, <sup>224</sup>, <sup>225</sup> y <sup>226</sup>).

Diversos trabajos indican que se pueden obtener mejores resultados respecto a los problemas psicológicos y sociales en programas específicos para mujeres que en los mixtos sin este requisito; y que el éxito de un programa de recuperación para las mujeres consiste en que tenga en cuenta sus necesidades y características. Algunas mujeres no se sienten en un entorno adecuado para debatir sus problemas sobre el consumo de drogas, sus relaciones o su sexualidad cuando hay varones participando en la terapia (<sup>227</sup>, <sup>228</sup>, <sup>229</sup>, <sup>230</sup> y <sup>231</sup>). Se ha planteado que la presencia e interacción con varones en tratamiento no es recomendable en las primeras etapas del tratamiento, sino en un momento posterior<sup>232</sup>.

Por otra parte, se ha indicado que las mujeres pueden mostrar un nivel de mayor motivación para el tratamiento que los varones (<sup>233</sup> y <sup>234</sup>) aunque con índices más bajos de permanencia<sup>235</sup>. De la misma manera se han observado patrones diferenciales en los procesos o episodios de recaídas, pues las mujeres parecen mostrar más problemas psicológicos, efectos negativos e influencia de la pareja cuando

acontecen<sup>236</sup>. Sin embargo, en otros trabajos se ha planteado que las mujeres afrontan mejor las recaídas que los varones, pues tienen menos presión e influencia social hacia el consumo<sup>237</sup>.

Los cuestionamientos en cuanto a la pertinencia del programa de los 12 pasos (Alcohólicos Anónimos) para las mujeres, en tanto su diseño es masculino y enfatiza y mantiene las estructuras de desigualdad social entre los sexos sin cuestionarla ( <sup>238</sup>, <sup>239</sup>, <sup>240</sup> y <sup>241</sup>), son un ejemplo de que los tratamientos en uso son discutidos por su carencia de una orientación sensible a las mujeres.

Entre las muchas recomendaciones para la instauración de políticas públicas en adicciones con enfoque de género que brindan las organizaciones dedicadas al tema, el Panel Europeo sobre el Mainstreaming (“transversalidad”) de Género en Salud sugiere<sup>242</sup>:

- Generar información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de la salud, logrando que esta información sea comprensible para las personas responsables de los ámbitos políticos y de planificación así como para profesionales de la promoción de salud.
- Promover la movilización en apoyo de las acciones dirigidas a una mayor equidad en salud, así como definir los mecanismos institucionales a través de los cuales estas prioridades puedan incorporarse de manera democrática y sostenible dentro del proceso de gestión de las políticas públicas.
- Fomentar la investigación y formación sobre temas de género. Generar evidencia científica es uno de los mejores procedimientos para mostrar la necesidad de hacer cambios en las políticas, así como para mejorar las políticas haciéndolas sensibles al género. Los Estados miembros y la OMS deberán incluir la perspectiva de género como uno de los criterios para la financiación de cualquier investigación relevante. Esto implica establecer directrices y llevar a cabo programas de formación sobre género y salud dirigidos a personal sanitario y especialmente a las personas que investigan y a quienes evalúen las propuestas de investigación.
- Resaltar la participación y el papel de las mujeres con el fin de subrayar la urgencia de eliminar el enfoque instrumentalista que ha predominado con respecto a la participación femenina en el sistema de salud, en aras de una mayor equidad en la distribución de las responsabilidades y del poder en la producción de salud.

A nivel internacional, la literatura especializada coincide en que las mujeres tienen más dificultades para acceder y continuar en los programas de tratamiento que los varones –como se explicara anteriormente– por factores relacionados con los propios programas de tratamiento y por las circunstancias sociales, personales y culturales de las usuarias<sup>243</sup>. En términos generales, mundialmente la proporción de mujeres en programas de rehabilitación con residencia es todavía menor que la relación numérica respecto a los varones. Si ésta es de 4 ó 5 varones por cada mujer, la relación de pacientes mujeres respecto a hombres es de 7–8 varones por cada mujer<sup>244</sup>.

En promedio, lxs consumidorxs de drogas que inician un tratamiento en régimen ambulatorio son predominantemente varones jóvenes, con una edad media de 31 años, siendo la proporción entre varones y mujeres de casi cuatro a uno<sup>245</sup>.

Un informe sobre el tratamiento del abuso de sustancias y la asistencia a las mujeres dependientes de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito<sup>246</sup> señala la presencia de los siguientes obstáculos o barreras para el acceso al tratamiento de las mujeres:

- Obstáculos inherentes a los sistemas: Serían los factores que impiden el establecimiento de servicios adecuados a las necesidades de las mujeres, tales como: la escasa presencia de mujeres en cargos y puestos responsables de la formulación de las políticas y la asignación de recursos, la escasa sensibilización respecto a las diferencias de género como un elemento determinante de la salud de las personas, la falta de conocimientos acerca de las mujeres con problemas de abuso de sustancias y de sus necesidades de tratamiento, la ausencia de modelos de tratamiento sensibles a las cuestiones de género o la necesidad de una amplia variedad de servicios asistenciales, superior a la de los hombres.
- Obstáculos de tipo estructural: Esta categoría incluye factores que afectan específicamente a las mujeres y que dificultan su acceso al tratamiento: el hecho de que sean ellas quienes soporten mayoritariamente el cuidado de los hijos (con frecuencia carecen de cuidadores alternativos y del apoyo de su pareja y familia o de programas institucionales que garanticen el cuidado de los hijos mientras dure el tratamiento), la ausencia de servicios específicos para embarazadas, la consideración del abuso del alcohol u otras drogas como causa para la retirada de la custodia de los hijos, la existencia de horarios rígidos en los programas asistenciales incompatibles con las responsabilidades familiares y domésticas de las mujeres, la existencia de listas de espera o la deficiente detección y derivación de los problemas de abuso de alcohol que afectan a las mujeres desde los servicios de atención primaria de salud.
- Obstáculos sociales, culturales y personales: Esta categoría la integran factores como la mayor estigmatización, la vergüenza o culpa que experimentan las mujeres dependientes del alcohol, las mayores desigualdades sociales que padecen, la ausencia de apoyo de su pareja o familia en el caso de optar por incorporarse a tratamiento, el temor a perder la custodia de los hijos o la desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos y su capacidad para entender los problemas singulares de las mujeres.

En la búsqueda e ingreso a los sistemas de atención, las mujeres presentan características de subjetividad que le son propias. Analizando lo expresado por las mujeres que pidieron ayuda, se observa que la mayoría de ellas retrasó su tratamiento por conflictos internos de reconocimiento de su situación. Entre las razones que las mujeres con problemas de adicción a drogas distintas del alcohol (heroína, cocaína o cannabis) señalan para justificar su retraso a la hora de solicitar asistencia se incluyen, por orden jerárquico en función del porcentaje de menciones: Pensó que podía superarlo personalmente, con sus propios medios; se encontraba avergonzada; creía que los tratamientos eran para personas que estaban peor que ella; no pensó que tuviera un problema serio con las drogas; le preocupaba las molestias que pudiera causarle el síndrome de abstinencia; a su juicio, el consumo de drogas no le generaba ningún problema, no le habían causado muchos problemas en su vida o no eran su problema principal; no creía que fuera una persona drogodependiente; no pensaba que necesitara ayuda; le gustaba consumir drogas y no quería dejar de hacerlo; pensó que su familia no lo entendería; no pensaba que fuera una enfermedad; creía que no sabría vivir sin consumir drogas; tenía miedo a fracasar en el tratamiento; no le gusta

que nadie le diga lo que tiene que hacer con su vida y no quería dejar de consumir (<sup>247</sup> y <sup>248</sup>).

Las mujeres que tienen problemas en el consumo de sustancias psicoactivas están en situación de clara desventaja respecto de los hombres a la hora de acceder a tratamiento por el riesgo adicional que sienten de fracaso en el ejercicio de su rol y de aislamiento y rechazo social. Además de las diferencias existentes en cuanto a las sustancias utilizadas, en Argentina por ejemplo, los varones solicitan tratamiento por consumo de marihuana, cocaínas y pasta base en mayor medida que las mujeres, mientras que éstas los superan principalmente en la demanda por consumo o abuso de tranquilizantes<sup>249</sup>.

Los estudios realizados entre mujeres con problemas de abuso y/o dependencia al alcohol –que se encontraron también en otras dependencias– permiten identificar la existencia de una serie de necesidades específicas o diferenciales al hombre, que se localizan en los siguientes ámbitos o contextos<sup>250</sup>:

- Las carencias afectivas, en gran medida derivadas del distanciamiento afectivo entre los distintos miembros del sistema familiar.
- Los conflictos y/o rupturas de pareja.
- El pobre autoconcepto, los sentimientos de desvalorización y la falta de confianza en sí mismas.
- Depresión y otras alteraciones psicológicas.
- La escasa autonomía personal.
- El rechazo de su imagen corporal.
- Las dificultades en las relaciones sociales y para la integración en grupos.
- El consumo de otras sustancias (psicofármacos, etc.), además del alcohol.
- La incapacidad para asumir adecuadamente tareas relacionadas con el cuidado de los hijos y/o la organización y el funcionamiento familiar<sup>251</sup>.

Entre los factores que las mujeres con problemas de consumo de sustancias psicoactivas señalan para explicar su demora para demandar tratamiento, destacan por orden de importancia los relacionados con:

- La estigmatización, que se asocia al sentimiento de vergüenza, preocupación por la confidencialidad del tratamiento y, por ende, de la adicción (que ocupan, respectivamente, la primera y tercera posición entre las barreras al tratamiento)<sup>252</sup>; así como las preocupaciones derivadas de sus responsabilidades como madres o esposas, tales como la preocupación por el cuidado de los hijos o el miedo a perder su custodia<sup>253</sup>. Son habituales los sentimientos de culpabilidad y una baja autoestima<sup>254</sup>.
- Baja percepción o dificultades de autoreconocimiento del problema: pensar que podrían superar el problema por sus propios medios y/o que no precisaban ayuda, no identificar la existencia del problema, no reconocerse como adictas, pensar que los tratamientos son para otras personas en peor estado, negar la presencia de problemas asociados al consumo, no identificar el problema como una enfermedad, etc. (<sup>255</sup> y <sup>256</sup>).
- Los temores o problemas que provoca el tratamiento, relacionados con motivaciones tales como el temor al diagnóstico de alguna enfermedad, al síndrome de abstinencia, el miedo a ingresar en un hospital o a fracasar en el

tratamiento (<sup>257</sup> y <sup>258</sup>). Suelen presentar estados depresivos y de ansiedad que dificultan su acceso a los tratamientos y el éxito de éstos<sup>259</sup>.

- Las motivaciones relacionadas con la resistencia al cambio: les gusta beber, no desean dejar de consumir, atribuir al consumo más cosas positivas que negativas o creer que no sabrían vivir sin alcohol<sup>260</sup>.
- Sus relaciones de pareja: temor a ser abandonadas por la misma<sup>261</sup>, o la presencia de una pareja drogodependiente que la "ata" al consumo<sup>262</sup>. La dependencia afectiva de la pareja es más intensa en el caso de las mujeres, que se inician con frecuencia en el consumo para compartir experiencias con su pareja (conseguir su aceptación y una mayor vinculación) y cuya opinión suele ser determinante a la hora de abandonar el consumo e iniciar tratamiento<sup>263</sup>. También debe considerarse que es un hecho probado que las mujeres muestran escaso poder de negociación con sus parejas ante los comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales y en la utilización compartida de material de inyección (<sup>264</sup>, <sup>265</sup> y <sup>266</sup>).
- Problemas devenidos de una incorrecta atención: falta de información sobre las opciones de tratamiento<sup>267</sup>, la existencia de listas de espera para el acceso a ciertos servicios o la imposibilidad de acceso cuando tienen hijos menores (fundamentalmente residenciales)<sup>268</sup> y la ausencia de servicios adaptados a las necesidades de las mujeres (por ejemplo, en las casas de acogida para mujeres maltratadas se les niega el acceso a las mujeres drogodependientes)<sup>269</sup>.
- Suelen referir haber sufrido experiencias traumáticas (violencia de género, abusos sexuales, intentos de suicidio, etc.)<sup>270</sup>, lo que las predispone negativamente a la ayuda (desconfianza).
- Tienen problemas económicos que dificultan los tratamientos: Tienen una importante precariedad laboral (desempleo, contratos temporales, etc.) (<sup>271</sup> y <sup>272</sup>) o dependen económicamente de la familia o la pareja<sup>273</sup>.
- El consumo tiene significados y motivaciones distintas en las mujeres, utilizándose en algunos casos para paliar síntomas de trastornos psicológicos o de condiciones sociales muy adversas (<sup>274</sup>, <sup>275</sup> y <sup>276</sup>).
- La existencia de antecedentes de consumo problemático en la familia parece ser más recurrente e influyente en las mujeres que en los varones (<sup>277</sup> y <sup>278</sup>).

Debido a estas cuestiones, al comenzar el tratamiento, su propia disposición es diferente a la de los varones, y las afectadas a menudo parten de premisas personales y del entorno poco comparables. "Cuando en la llamada se solicita información sobre un hombre, principalmente, la llamada la realiza su madre, en casi el 25% de las mismas. Sin embargo, en el caso de que se consulte sobre una mujer, en más del 30% la llamada la realiza la propia afectada"<sup>279</sup>.

La situación es compleja: en la naturalización de los roles, la socialización y la internalización de estas conductas, ocurre que son a veces las propias afectadas quienes voluntariamente manifiestan y defienden un modelo machista que les es perjudicial. Es el ejemplo de los testimonios reunidos en algunas comunidades terapéuticas. "En sus intervenciones en grupo asumen por lo general el rol de madre; alternan entre sobreproteger, perseguir y rechazar"<sup>280</sup>. Sin embargo, lxs analistas afirman que generalmente el hecho deriva de la actuación de lxs expertxs, instituciones y autoridades, que así objetivan y encierran a las afectadas en esquemas de actuación y relaciones prefijados por la ideología dominante y las convenciones. "En Occidente, el cuerpo y las salud de las mujeres han recibido siempre un tratamiento

especial por parte del ámbito médico-científico, dentro de una sociedad donde se da una subordinación de las mujeres, que se refleja en las ideas sociales acerca de hombres y mujeres y en las funciones que les son asignadas<sup>281</sup>.

Los datos epidemiológicos indican que las mujeres cuentan con menor apoyo familiar y social, el inicio del tratamiento supone con frecuencia abandonar sus responsabilidades en el cuidado del hogar y los hijos menores, y temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia de sus hijos<sup>282</sup>. Esta última cuestión se transforma en capital en muchos casos, y es conocido que en la menor eficacia que los tratamientos de las adicciones presentan entre las mujeres, influye muchísimo el hecho que muchos de los servicios asistenciales no están adaptados a las necesidades particulares de ellas, como la presión que el propio entorno familiar ejerce para que el tratamiento termine lo antes posible, con el fin de que las mujeres puedan asumir de nuevo sus responsabilidades en el hogar. Por ello frecuentemente priorizan el cuidado de los hijos y el hogar frente a su propia rehabilitación<sup>283</sup>.

Siendo evidentes las necesidades específicas para el tratamiento de las mujeres drogodependientes, se precisa una revisión y actualización de los marcos teóricos para que incorporen las diferencias y especificidades relativas al género. "Trabajar desde un enfoque de género nos permitiría analizar la problemática de las mujeres teniendo en cuenta sus condiciones de vida y su propia subjetividad"<sup>284</sup>.

Es notable que en una circunstancia tan relacionada –y relativa– a la subjetividad como el comportamiento adictivo, los tratamientos no pongan énfasis en considerar la subjetividad femenina. Se deberían diseñar, gestionar y evaluar programas que comiencen a considerar el enfoque de género como primera mejora en un sistema de atención que sin duda, no ha sido desarrollado pensando en la presencia de mujeres. En Argentina, es incomprensible que no existan aún programas de tratamiento específico para mujeres con problemas de abuso de psicofármacos.

La bibliografía psicológica referente a la dinámica de las adicciones en mujeres hace hincapié en los cuadros diferenciales que se presentan al inicio del tratamiento y que deben ser considerados por los profesionales dedicados a la atención. Todo parece indicar que "el otro" –aquel que no es ella, sus hijos, su pareja, su familia– les importa muchísimo más que sí mismas y pone fuertes condicionantes al consumo y/o tratamiento, puesto que las mujeres presentan una sensibilidad afectiva respecto a las demás personas totalmente diferente a la expuesta por los varones. "En las evaluaciones psicológicas (de las mujeres tratadas) encontramos: impulsividad, obsesividad, baja autoestima, tendencia a la polaridad, uso de la negación como mecanismo de defensa, demandantes, inseguras, con gran vacío afectivo. En las relaciones de pareja con el adicto se destaca la existencia de una gran necesidad de ser necesitadas, para seguir con la misma relación de dependencia; sólo cambian de nombre, dejan las drogas para empezar a depender del otro en las alianzas. Tienen gran necesidad de encontrar una pareja para sentirse útiles y 'normales'"<sup>285</sup>.

Por ello, de manera distinta a la utilizada en los tratamientos con hombres, la terapia de recuperación femenina debe incluir una búsqueda de conciencia y equilibrio de estas dependencias: "Las mujeres con frecuencia necesitan ayuda, buscando sustituir una dependencia por otra, en este caso la masculina. Muchas mujeres, en su proceso de hacerse dependientes químicamente, son explotadas y heridas por los hombres. Muchas veces, su adicción se perpetúa debido al continuo apoyo económico de parejas masculinas a cambio de sexo. Estos son los temas que se necesita discutir con respecto al tratamiento"<sup>286</sup>.

Es decir, se necesita que el tratamiento psicológico considere que las desigualdades sociales de género hacen mella de un modo u otro en las mujeres adicta afectando su cognición y relaciones de dependencia, por lo que presentan cuadros muy diferentes a los hombres. Aplicar tratamientos indiferenciados, "unisex", es erróneo.

También el/la profesional interviniente debe considerar que, a diferencia de los hombres, las mujeres –y esto es notorio– reciben mucha menor ayuda para su tratamiento y recuperación de la que reciben los hombres: las mujeres están más "sola" frente a su problema. "Durante su recuperación, las mujeres tienden a tener menor apoyo familiar que los hombres. Por ejemplo, los miembros de la familia tienen menos disposición a asistir a sesiones de orientación. A las mujeres se la utiliza frecuentemente como 'chivo expiatorio', y ella sufre de culpa y vergüenza cuando el apoyo familiar es condicional. Luego del tratamiento, si no se la perdona o se la acepta nuevamente en el núcleo familiar, la recaída es así inevitable debido a un sistema de apoyo prejuicioso, condicional, perjudicial o ausente"<sup>287</sup>.

Asimismo, al menos en nuestro país, debería prestarse atención al hecho de que los varones acuden más a tratamiento por indicación legal, en tanto que las mujeres lo hacen mayormente por indicación médica<sup>288</sup>. Es evidente que estamos frente a dos sujetos muy distintos, que llegan al sistema sanitario desde lugares, situaciones y percepción de sí muy diferentes.

**pacientes por sexo según forma de acudir al tratamiento.**

Forma de acudir al tratamiento	Sexo	
	Varones	Mujeres
Voluntariamente	36,5	37,3
Presionado por amigos o familiares	31,9	35,6
Por indicación médica	8,9	12,0
Por indicación académica	1,1	0,3
Por indicación legal	16,2	10,5
Por presión laboral	1,1	0,5
Otro	2,3	1,5
No sabe / No contesta	2,1	2,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente:(<sup>289</sup>)

También es posible observar en las mujeres que están bajo tratamiento, diferente incidencia de sustancias y niveles diferenciales de consumo de las mismas:

**pacientes según sustancias consumidas y sexo.**

Principales sustancias	Sexo		Total
	Varones	Mujeres	
Alcohol	78,6	68,5	76,9
Tabaco	47,2	52,7	47,4
Solventes o inhalables	19,3	11,8	18,5
Cannabis	64,8	48,5	62,6
Cocaínas	47,1	37,4	45,9
Pasta base	9,1	7,6	9,0
Tranquilizantes	28,0	31,5	28,4
Alucinógenos	5,3	5,2	5,2
Opiáceos	1,6	0,5	1,4
Estimulantes	1,4	3,7	1,7
Éxtasis	3,4	4,7	3,6

Fuente:(<sup>290</sup>)

Diversos organismos internacionales ocupados en la cuestión, han comenzado a distribuir bibliografía con orientaciones para lxs profesionales intervinientes en adicciones en mujeres. En estas orientaciones están sustentadas en la premisa de que existen maneras específicas de intervención en el tratamiento de las dependencias en mujeres, y se recomienda<sup>291</sup>:

- En las adicciones femeninas resulta prioritario el abordaje de los aspectos psicoafectivos y relacionales.
- Debe incidirse de manera específica sobre los roles maternos y de crianza.
- Hay que ser especialmente cuidadoso a la hora de evitar juicios de valor sobre aspectos relacionados con la sexualidad y la maternidad, evitando culpabilizar a las mujeres por el abandono y/o desatención de sus hijxs.
- El mantenimiento de una relación de empatía entre la persona que solicita ayuda y los miembros del equipo encargados de su atención resulta determinante entre las mujeres como predictor de la adherencia al programa.
- Debe existir garantía de la confidencialidad y la privacidad del tratamiento.
- La primera entrevista de acogida resulta primordial, debe ser abierta, dedicándole todo el tiempo necesario. Si es posible, deberá procurarse que el terapeuta sea una mujer para evitar posibles resistencias.
- La derivación a otro programa terapéutico debe ser asistida.

- La contención emocional debe ser el objetivo de la primera etapa del tratamiento con las mujeres adictas.
- Superada la etapa inicial, el tratamiento deberá incidir en el fomento de las habilidades cognitivas que permitan la toma de decisiones y la resolución de conflictos, ayudando a la estructuración de la vida cotidiana y a afrontar los problemas de tipo relacional<sup>292</sup>.

El estilo de la atención profesional se ha planteado como un elemento relevante en la intervención con las mujeres. El estilo de confrontación, el excesivo control, así como una relación terapéutica poco continua no son aconsejables<sup>293</sup>: la estrategia de la confrontación que, en ocasiones, se utiliza con drogodependientes varones con el objetivo de desmontar sus defensas, en el caso de las mujeres es claramente inadecuada. Las mujeres dan mucha importancia a la relación que construyen con lxs profesionales de los servicios (<sup>294</sup> y <sup>295</sup>).

Además, las mujeres necesitan un contexto de intervención en el que se sientan seguras física y emocionalmente, estableciendo relaciones con lxs profesionales que favorezcan la toma de decisiones. En este sentido, Covington<sup>296</sup> señala que para la efectividad del tratamiento en las mujeres se necesita un ambiente que facilite la recuperación, caracterizado por:

- Seguridad, creando un entorno seguro de abusos físicos, emocionales o sexuales.
- Conexión, que requiere una relación profesional no autoritaria: percibir que el/la profesional muestra una actitud de escucha. Se trata de una mutua empatía, respeto y conexión.
- Empoderamiento: que lxs profesionales fomenten en las mujeres la toma de decisiones en relación a sus vidas; que se sientan respetadas y crean en sus capacidades.

Lxs autorxs antes citados proponen, además, una terapéutica no rígida, utilizando variedad de perspectivas, utilizando múltiples niveles, usando terapias dinámica afectiva, cognitiva, conductual y sistémica.

El manual de intervención en drogodependencias con enfoque de género<sup>297</sup> aconseja a lxs psicólogxs que deban tratar a una mujer con problemas de consumo de sustancias psicoactivas: Iniciar un proceso de intervención con mujeres adictas desde un perspectiva de género parte de una condición indispensable, que el o la profesional haya tenido la oportunidad de profundizar sobre algunos aspectos específicos en torno a las mujeres drogodependientes. Destacamos los siguientes:

- Adquirir conocimientos específicos sobre los aspectos diferenciales de hombres y mujeres en sus distintas dimensiones (biológica, psicológica y social) y de las implicaciones que tienen en la vida de hombres y mujeres con drogodependencia.
- Reflexionar y analizar los propios estereotipos sobre mujeres y hombres que tenemos interiorizados como partícipes en una cultura y momento histórico concreto. Tomar conciencia de cómo funcionan los estereotipos en cada uno y cada una, y estar dispuestos a cuestionarlos con el objetivo de establecer una relación terapéutica lo más libre posible de prejuicios.
- Revisar las propias actitudes ante los hombres, las mujeres y sus relaciones, para alcanzar un acercamiento respetuoso e igualitario con ambos.

- Disponer de herramientas terapéuticas, que permitan manejar distintas dimensiones: conductual, cognitiva, psicodinámica y relacional.

Obviamente, las necesidades de tratamiento imponen necesidades de espacio físico. Lo ideal sería contar con lugares de tratamiento exclusivos para mujeres. Al menos en Argentina, este punto se encuentra prácticamente desconsiderado. El último censo nacional de centros de tratamiento relevado por la SEDRONAR<sup>298</sup> nos muestra una situación disímil en perjuicio de las mujeres respecto en este rubro:

**Proporción de centros que tratan a la población adulta según sexo, sobre el total de centros.**

Sexo		Casos	%
Sexo	Hombres adultos	530	91.2
	Mujeres adultas	500	85.9
Exclusividad según sexo	Varones y mujeres adultos	479	80.9
	Solo varones adultos	50	8.4
	Solo mujeres adultas	19	3.2
Grupos poblacionales según requisitos	Mujeres sin hijos ni embarazadas	79	13.3
	Mujeres con hijos durante la consulta o la internación	29	4.9
	Mujeres embarazadas	115	19.4
	Mujeres con hijos y embarazadas	271	45.7

Fuente:(<sup>299</sup>)

El 91.2% de los centros censados admite hombres adultos y el 85.9% admite mujeres adultas, pero el 80.9% de los centros aceptan hombres y mujeres indistintamente; en tanto el 8.4% acepta solo hombres y únicamente el 3.2% atiende exclusivamente mujeres. Los varones tienen mayor oferta de dispositivos de tratamiento que las mujeres.

El 45.7% de los centros acepta mujeres aún cuando éstas se encuentran embarazadas o tengan hijos que deban asistir con ellas a la consulta y/o internación. El 19.4% atiende mujeres aún cuando éstas se encuentran embarazadas, pero no acepta la presencia de niños durante el tratamiento o la consulta. El 13.3% admite mujeres en el tratamiento, pero éstas no pueden estar embarazadas ni concurrir con sus hijos al establecimiento.

Distribución de centros que tratan a la población adulta según sexo, sobre el total de centros por tipo de gestión y/o financiamiento.

Grupos poblacionales	Tipo de gestión y/o financiamiento			Total (N=576)
	Público (N=359)	Privado (N=181)	Mixto (N=36)	
Mujeres y varones adultos	87.5	79.6	50.0	82.6
Solo varones adultos	3.6	13.8	33.3	8.7
Solo mujeres adultas	3.3	2.2	8.3	3.3
No atiende población adulta	5.6	4.4	8.3	5.4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente:(<sup>300</sup>)

Distribución de centros que tratan a la población adulta según sexo, sobre el total de centros por tipo de dispositivo de atención.

Grupos poblacionales	Tipo de dispositivo		Total N=580
	General N=192	Específico N=388	
Mujeres y varones adultos	84.9	81.4	82.6
Solo varones adultos	2.1	11.9	8.6
Solo mujeres adultas	3.1	3.6	3.3
No atiende población adulta	9.4	3.6	5.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente:(<sup>301</sup>)

Como se observa, las distinciones que alcanzan a la psicología y tratamiento de las adicciones en las mujeres respecto al hombre son tan notorias como las biológicas, de género, y de consumo antes citadas.



Según estos datos, a la menor oferta de tratamiento para mujeres, se agrega que según sea su ciclo vital y/o condiciones familiares, las posibilidades de recibir un tratamiento disminuyen<sup>303</sup>.

## Referencias:

---

- <sup>1</sup> Statistical bulletin 2010 / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- <sup>2</sup> Drug and gender issues. Gender in development / Hsu L. N.
- <sup>3</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>4</sup> Consumo de sustancias en chicas adolescentes / García Aberasturi - González González, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- <sup>5</sup> Drogas de ocio y diversión y perspectiva de género en la C.A.V. / Rekalde – Vilches.
- <sup>6</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>7</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>8</sup> Cigarette smoking, tea and coffee drinking and subfecundity / J. Olsen.
- <sup>9</sup> Women and Smoking. A Report of the Surgeon General / Rockville, US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- <sup>10</sup> Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, casecontrol study. / WHO.
- <sup>11</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>12</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>13</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>14</sup> Guía práctica de intervención en alcoholismo. Cap. "Mujer y problemas con el Alcohol" / Valladolid - Carrasco.
- <sup>15</sup> Ethanol elimination in males and females: relationship to menstrual cycle and body composition / Marshall A. W. et al.
- <sup>16</sup> Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women / Hill y Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention / Wilsnack -Beckman.
- <sup>17</sup> Are women more vulnerable to alcohol's effects? / National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism.
- <sup>18</sup> Mujer y problemas por el alcohol / Rubio - Blazquez.
- <sup>19</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>20</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>21</sup> Pattern of women's use alcohol treatment agencies / Beckman - Amaro.
- <sup>22</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>23</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>24</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>25</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>26</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>27</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>28</sup> Are women more vulnerable to alcohol's effects? / National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism.
- <sup>29</sup> El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias / Sonita Morin-Abrahams.
- <sup>30</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>31</sup> Women and Psychopharmacology / G. E. Robinson.
- <sup>32</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>33</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>34</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>35</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.

- 
- <sup>36</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>37</sup> El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias / Sonita Morin-Abrahams.
- <sup>38</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>39</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>40</sup> The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality / Verbrugge, L. M.
- <sup>41</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>42</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>43</sup> Mujeres y drogas: de la co-dependencias a la autodeterminación / Esteban, M. L.
- <sup>44</sup> La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas / Nuria Romo.
- <sup>45</sup> Mujeres y drogas: de la co-dependencias a la autodeterminación / Esteban, M. L.
- <sup>46</sup> Mujeres y drogas de síntesis / Nuria Romo.
- <sup>47</sup> Mujeres y drogas: de la co-dependencia a la autodeterminación / Esteban, M. L.
- <sup>48</sup> La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas / Nuria Romo.
- <sup>49</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>50</sup> Perspectivas de género en los problemas de drogas y su impacto / Rodríguez San Julián.
- <sup>51</sup> Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV / Rekalde – Vilches.
- <sup>52</sup> Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina. / Leandro Palacios, I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer.
- <sup>53</sup> Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV / Rekalde – Vilches.
- <sup>54</sup> Mujeres y drogas: de la co-dependencias a la autodeterminación / Esteban, M. L.
- <sup>55</sup> Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV / Rekalde - Vilches.
- <sup>56</sup> Mujer y Drogas / Instituto de La Mujer, España.
- <sup>57</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>58</sup> Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV / Rekalde – Vilches.
- <sup>59</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>60</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García.
- <sup>61</sup> Drogas de ocio y diversión y perspectiva de género en la C.A.V. / Rekalde – Vilches.
- <sup>62</sup> Drogas de ocio y diversión y perspectiva de género en la C.A.V. / Rekalde – Vilches.
- <sup>63</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>64</sup> Women, family and drugs / Klee -Jackson - Lewis.
- <sup>65</sup> Mujer y problemas por el alcohol / Rubio - Blazquez.
- <sup>66</sup> Mujeres y adicciones / Pilar Ripoll, I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, España.
- <sup>67</sup> El problema de la drogodependencia en Europa, informe 2004 / Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- <sup>68</sup> El problema de la drogodependencia en Europa, informe 2004 / Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- <sup>69</sup> Women and substance abuse / E. Ettore.
- <sup>70</sup> La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas / Nuria Romo.
- <sup>71</sup> La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas / Nuria Romo.
- <sup>72</sup> Género, drogas y futuro / José García Del Castillo.
- <sup>73</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García.
- <sup>74</sup> Drogas de ocio y diversión y perspectiva de género en la CAV / Rekalde – Vilches.
- <sup>75</sup> La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas / Nuria Romo.

- 
- <sup>76</sup> Género, drogas y futuro / José García Del Castillo.
- <sup>77</sup> La mujer en la Comunidad Terapéutica / J. Martens.
- <sup>78</sup> La mujer y los tranquilizantes / Haddon.
- <sup>79</sup> El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias / Sonita Morin-Abrahams.
- <sup>80</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>81</sup> Drogas y género / García del Castillo.
- <sup>82</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>83</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>84</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García.
- <sup>85</sup> Género y reducción de riesgos entre usuarios de drogas de síntesis / Nuria Romo.
- <sup>86</sup> Psicopatología y tratamiento de las adicciones./ Becoña y  
Curso de master en drogodependencia y sida, vol. II. Tema 5 "EL alcohol" / Vázquez Roel.
- <sup>87</sup> Gender differences in the process leading to cigarette smoking / Brunswick - Messeri. Y Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente / Fernández - Schiaffino - Peris.
- <sup>88</sup> La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres / Tubert.
- <sup>89</sup> The Effectiveness of Three Inpatient Intervention Strategies for Chemically Dependet Women/ Dodge y Potocky.
- <sup>90</sup> Memoria del Plan Nacional sobre Drogas año 2001 / Ministerio Del Interior, España.
- <sup>91</sup> Changing patterns of illicit drug use amongst 1990s adolescents / Parker - Measham - Pick.
- <sup>92</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>93</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>94</sup> Informe final del registro continuo de pacientes en tratamiento / SEDRONAR.
- <sup>95</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>96</sup> Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women´s Addiction - A LIterature Review / Forth-Finegan, Jahn.
- <sup>97</sup> Addicted women and crime / Hser - Angli y Sex Differences in Addict Careers / Hser - Angli - McGlothlin - Booth.
- <sup>98</sup> Developing women-sensitive drug dependence treatment services: why so difficult? / Reed, BG.
- <sup>99</sup> Gender differences in alcohol consumption: effects of measurement / Dawson, D. y L. Archer.
- <sup>100</sup> Some gender differences in alcohol and polysubstance users / Lex, B. W
- <sup>101</sup> Does feminism drive women to drink? Conflicting themes / Babcock, M.
- <sup>102</sup> Women in Recovery. Their perceptions of Treatment Effectiveness / Nelson-Zlupko, L et al.
- <sup>103</sup> How Are Women Who Enter Substance Abuse Treatment DIfferent Than Men? A Gender Comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study / Wechsberg - Gail Craddock - Hubbard. Y Analysis of HIV Intervention Outcomes Among Substance-Abusing Women / Wechsberg - Dennis - Stevens - Cluster.
- <sup>104</sup> How are women who enter substance abuse treatment different than men?: A gender comparision from the drug abuse treatment outcome study / Westermeyer - Craddock - Hubbard.
- <sup>105</sup> Gender relations in addictions and recovery / Amaro - Hardy-Fanta. Y Substance Abuse Treatment: Critical Issues and Challenges in the Treatment of Latina Women / Amaro - Nieves - Wolde - Labault.
- <sup>106</sup> Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors / Hser - Huang - Teruya - Angli.
- <sup>107</sup> Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their roles in treatment outcome / Eldred - Washington.
- <sup>108</sup> Sex differences in patterns of drug taking behaviour / Gossop - Griffiths - Strang.
- <sup>109</sup> Women, their significant others and crack cocaine / Boyd - Guthrie.
- <sup>110</sup> How Are Women Who Enter Substance Abuse Treatment DIfferent Than Men? A Gender Comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study / Wechsberg - Gail Craddock - Hubbard. Y Analysis of HIV Intervention Outcomes Among Substance-Abusing Women / Wechsberg - Dennis - Stevens - Cluster.

- 
- <sup>111</sup> Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors / Hser - Huang - Teruya - Angli.
- <sup>112</sup> Gender differences in treatment outcomes over a 3-year period: a path model analysis / Hser - Huang - Teruya - Anglin.
- <sup>113</sup> Addicted women and crime / Hser - Angli y Sex Differences in Addict Careers / Hser - Angli - McGlothlin - Booth.
- <sup>114</sup> Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres / Nuria Romo.
- <sup>115</sup> Women on heroin / Rosenbaum M. - Women drug users: an ethnography of a female injecting community / A. Taylor. - ¿Una atención específica para mujeres drogodependientes?: reflexiones para el debate. / Meneses Falcón.
- <sup>116</sup> Mujer y Drogas / Palop, M.
- <sup>117</sup> Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres / Nuria Romo.
- <sup>118</sup> La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas / Nuria Romo.
- <sup>119</sup> Sex differences in addict careers: initiation of use / Hser - Anglin - McGlothlin.
- <sup>120</sup> Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV / Rekalde - Vilches
- <sup>121</sup> El estigma de la sexualidad en la mujer alcohólica / J. Rojas.
- <sup>122</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>123</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>124</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>125</sup> La medicalización de la vida cotidiana / Enrique Carpintero.
- <sup>126</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>127</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>128</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>129</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>130</sup> de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>131</sup> de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>132</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>133</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>134</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>135</sup> de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>136</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>137</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>138</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>139</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>140</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años / SEDRONAR.
- <sup>141</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años / SEDRONAR.

- 
- <sup>142</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>143</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>144</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años - SEDRONAR
- <sup>145</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>146</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años - SEDRONAR
- <sup>147</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>148</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>149</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>150</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>151</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>152</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>153</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>154</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años - SEDRONAR
- <sup>155</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años - SEDRONAR
- <sup>156</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años - SEDRONAR
- <sup>157</sup> El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias / Sonita Morin-Abrahams.
- <sup>158</sup> El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica / J. Gómez Moya
- <sup>159</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>160</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>161</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>162</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>163</sup> Guía práctica de intervención en alcoholismo. Cap. "Mujer y problemas con el Alcohol" / Valladolid - Carrasco.
- <sup>164</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>165</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>166</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>167</sup> El tabaquismo como adicción y sus causas / Espino González.
- <sup>168</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años - SEDRONAR
- <sup>169</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>170</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.

- 
- <sup>171</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>172</sup> Consumo de sustancias en chicas adolescentes / García Aberasturi - González González, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- <sup>173</sup> Consumo de sustancias en chicas adolescentes / García Aberasturi - González González, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- <sup>174</sup> El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino / Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España.
- <sup>175</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>176</sup> Alternativas preventivas al uso de psicofármacos en las mujeres / Becerro
- <sup>177</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>178</sup> Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV / Rekalde – Vilches
- <sup>179</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>180</sup> Mujeres toxicodependientes en la Unión Europea / Merino.
- <sup>181</sup> Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV / Rekalde – Vilches
- <sup>182</sup> La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas / Nuria Romo.
- <sup>183</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>184</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>185</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>186</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>187</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>188</sup> Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años, CABA 2008 / Ministerio de Desarrollo Social, Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Observatorio.
- <sup>189</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>190</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>191</sup> Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina año 2008 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- <sup>192</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años - SEDRONAR
- <sup>193</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años - SEDRONAR
- <sup>194</sup> Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 - 2010, población de 16 a 65 años / SEDRONAR.
- <sup>195</sup> Women and addiction: process, treatment and outcome / Rosenbaum - Murphy.
- <sup>196</sup> El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias / Sonita Morin-Abrahams.
- <sup>197</sup> How Are Women Who Enter Substance Abuse Treatment Different Than Men? A Gender Comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study / Wechsberg - Craddock - Hubbard.
- <sup>198</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de genero / Castaños - Meneses - Palop - Rodríguez - Tubert.
- <sup>199</sup> El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias / Sonita Morin-Abrahams.
- <sup>200</sup> La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas / Nuria Romo.
- <sup>201</sup> Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida / Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito.
- <sup>202</sup> Adicciones en mujeres / De la Cruz Godoy - Herrera García - Egea Molina.
- <sup>203</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.

- 
- <sup>204</sup> Drug use and abuse among women: An Overview / Prather - Fidell.
- <sup>205</sup> Drug Misuse and Dependency in Women: the Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group / Reed.
- <sup>206</sup> Developing women-sensitive drug dependence treatment services: why so difficult? / Reed, BG.
- <sup>207</sup> Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction - A Literature Review / Forth-Finegan, Jahn.
- <sup>208</sup> Problem drug use by women / Hedrich.
- <sup>209</sup> Developing women-sensitive drug dependence treatment services: why so difficult? / Reed.
- <sup>210</sup> Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida / ONU - Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el Delito.
- <sup>211</sup> Drug use and abuse among women: An Overview / Prather - Fidell.
- <sup>212</sup> Developing women-sensitive drug dependence treatment services: why so difficult? / Reed.
- <sup>213</sup> A Comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. / Copeland - Hall.
- <sup>214</sup> Needlework: the lifestyle of female drug injectors / Taylor.
- <sup>215</sup> Gender relations in addictions and recovery / Amaro - Hardy-Fanta. Y Substance Abuse Treatment: Critical Issues and Challenges in the Treatment of Latina Women / Amaro - Nieves - Wolde - Labault.
- <sup>216</sup> Women, Addiction and Sexuality / Covington.
- <sup>217</sup> Women & Addiction: Gender Issues in Abuse and Treatment / Gordon.
- <sup>218</sup> Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors / Hser - Huang - Teruya - Angli.
- <sup>219</sup> Problem drug use by women / Hedrich.
- <sup>220</sup> Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida / ONU - Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el Delito.
- <sup>221</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>222</sup> Drug use and abuse among women: An Overview / Prather - Fidell.
- <sup>223</sup> Women in Recovery. Their perceptions of Treatment Effectiveness / Nelson-Zlupko, L et al.
- <sup>224</sup> Revisiting the need for feminism and afrocentric theory when treating african-american female substance abusers / Roberts - Jackson - Carlton-Laney.
- <sup>225</sup> Problem drug use by women / Hedrich.
- <sup>226</sup> Predicting treatment retention of women dependent on cocaine / Roberts - Nishimoto.
- <sup>227</sup> Drug Misuse and Dependency in Women: the Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group / Reed.
- <sup>228</sup> Predicting treatment retention of women dependent on cocaine / Roberts - Nishimoto.
- <sup>229</sup> Women in Recovery. Their perceptions of Treatment Effectiveness / Nelson-Zlupko, L et al.
- <sup>230</sup> Women & Addiction: Gender Issues in Abuse and Treatment / Gordon.
- <sup>231</sup> Problem drug use by women / Hedrich.
- <sup>232</sup> Women, Addiction and Sexuality / Covington.
- <sup>233</sup> Drug Treatment Outcome: Is sex a Factor? / Rosenthal - Savoy - Spillane.
- <sup>234</sup> Addicted women and crime / Hser - Angli y Sex Differences in Addict Careers / Hser - Angli - McGlothlin - Booth.
- <sup>235</sup> Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention / Arfken - Klein - Menza - Schuster.
- <sup>236</sup> Gender differences in relapse situations / Rubin - Stout - Longabaugh.
- <sup>237</sup> Diversity in relapse prevention needs: gender and race comparisons among substance abuse treatment patients / Walton - Blow - Booth.
- <sup>238</sup> Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction - A Literature Review / Forth-Finegan, Jahn.
- <sup>239</sup> Powerlessness - Liberating or Enslaving? Responding to the Feminist Critique of the Twelve Step / Berenson.
- <sup>240</sup> Understanding Gender Differences in Psychosocial Functioning and Treatment Retention / Kingree.

- 
- <sup>241</sup> Revisiting the need for feminism and afrocentric theory when treating african-american female substance abusers / Roberts - Jackson - Carlton-Laney.
- <sup>242</sup> Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa/ Instituto de la Mujer, España.
- <sup>243</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de género / Castaños - Meneses - Palop - Rodríguez - Tubert.
- <sup>244</sup> Primer Encuentro Profesional sobre Dependencias Sentimentales / Fundación Instituto Spiral, España.
- <sup>245</sup> El problema de la drogodependencia en Europa, informe final 2010 / Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- <sup>246</sup> Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida / ONUDD (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito).
- <sup>247</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>248</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas et al.
- <sup>249</sup> Informe final del registro continuo de pacientes en tratamiento / SEDRONAR.
- <sup>250</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>251</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>252</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>253</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>254</sup> ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? / L. Pantoja.
- <sup>255</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>256</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>257</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>258</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>259</sup> ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? / L. Pantoja.
- <sup>260</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>261</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>262</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>263</sup> ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? / L. Pantoja.
- <sup>264</sup> HIV and Chemically Dependent women: Recommendations for Appropriate Health Care and Drug Treatment Services / Wells - Jackson.
- <sup>265</sup> A comparison of male and female intravenous drug users' Risk behaviors for HIV infection / Freeman - Rodriguez - French.
- <sup>266</sup> How Are Women Who Enter Substance Abuse Treatment Different Than Men? A Gender Comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study / Wechsberg - Gail Craddock - Hubbard. Y Analysis of HIV Intervention Outcomes Among Substance-Abusing Women / Wechsberg - Dennis - Stevens - Cluster.
- <sup>267</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>268</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>269</sup> Abuso y dependencia a drogas en la mujer / Sánchez-Hervas, E. et al.
- <sup>270</sup> ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? / L. Pantoja.
- <sup>271</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>272</sup> ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? / L. Pantoja.
- <sup>273</sup> ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? / L. Pantoja.
- <sup>274</sup> Addicted women and crime / Hser - Angli y Sex Differences in Addict Careers / Hser - Angli - McGlothlin - Booth.
- <sup>275</sup> Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction - A Literature Review / Forth-Finegan, Jahn.

- 
- <sup>276</sup> Women, their significant others and crack cocaine / Boyd - Guthrie.
- <sup>277</sup> Women, their significant others and crack cocaine / Boyd - Guthrie.
- <sup>278</sup> Course, Severity, and Treatment of Substance Abuse Among Women Versus Men / Westermeyer - Boedicker.
- <sup>279</sup> Aspectos diferenciales en el perfil de las personas por las que se solicita información por consumo de drogas / Celia Prat, I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, España.
- <sup>280</sup> Relaciones de pareja entre adictos / Ana Isabel Ruiz, I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, España.
- <sup>281</sup> Mujeres y drogas: de la co-dependencias a la autodeterminación / Esteban, M. L.
- <sup>282</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>283</sup> Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.
- <sup>284</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de género / Castaños - Meneses - Palop - Rodríguez - Tubert.
- <sup>285</sup> Relaciones de pareja entre adictos / Ana Isabel Ruiz, I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, España.
- <sup>286</sup> El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias / Sonita Morin-Abrahams.
- <sup>287</sup> El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias / Sonita Morin-Abrahams.
- <sup>288</sup> Informe final del registro continuo de pacientes en tratamiento / SEDRONAR.
- <sup>289</sup> Informe final del registro continuo de pacientes en tratamiento / SEDRONAR.
- <sup>290</sup> Informe final del registro continuo de pacientes en tratamiento / SEDRONAR.
- <sup>291</sup> Consejo Nacional de Control de Estupefacientes de Chile para el tratamiento de las mujeres con adicciones a drogas (CONACE, 2004).
- <sup>292</sup> Consejo Nacional de Control de Estupefacientes de Chile para el tratamiento de las mujeres con adicciones a drogas (CONACE, 2004).
- <sup>293</sup> Women & Addiction: Gender Issues in Abuse and Treatment / Gordon.
- <sup>294</sup> Revisiting the need for feminism and afrocentric theory when treating african-american female substance abusers / Roberts - Jackson - Carlton-Laney.
- <sup>295</sup> Predicting treatment retention of women dependent on cocaine / Roberts - Nishimoto.
- <sup>296</sup> Women, Addiction and Sexuality / Covington.
- <sup>297</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de género / Castaños - Meneses - Palop - Rodríguez - Tubert.
- <sup>298</sup> Censo Nacional de centros de tratamiento / Observatorio Argentino de Drogas - SEDRONAR.
- <sup>299</sup> Censo Nacional de centros de tratamiento / Observatorio Argentino de Drogas - SEDRONAR.
- <sup>300</sup> Censo Nacional de centros de tratamiento / Observatorio Argentino de Drogas - SEDRONAR.
- <sup>301</sup> Censo Nacional de centros de tratamiento / Observatorio Argentino de Drogas - SEDRONAR.
- <sup>302</sup> Censo Nacional de centros de tratamiento / Observatorio Argentino de Drogas - SEDRONAR.
- <sup>303</sup> Censo Nacional de centros de tratamiento / Observatorio Argentino de Drogas - SEDRONAR.

Además de los textos citados, se han utilizado como bibliografía:

- Anuarios estadísticos 2007 -2010 / Dirección General de Estadística. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Consulta Telefónica de Emergencias a la Unidad de Toxicología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez / Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Ministerio de Desarrollo Social.
- Consumo de Sustancias Psicoactivas y embarazo adolescente, informe final / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- Cuarta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2009 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
- Drogas: ¿Cuestión sólo de hombres? / Alberto Hidalgo.

- 
- El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia 2009 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
  - Estudio en pacientes en sala de emergencia con pruebas toxicológicas 2010 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
  - Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad 2009 / SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas.
  - Europol 2010 Annual Report / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
  - Incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en emergencias medicas 2010 / Observatorio Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones.
  - Los psicotrópicos como "Pastillas para el estilo de vida" / Cecilia Arizaga.
  - Una Perspectiva del género acerca del consumo de drogas / Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.