

El problema de la adherencia al tratamiento en mujeres con consumo problemático de sustancias, desde una perspectiva de género.

Vanesa Jeifetz.

Cita:

Vanesa Jeifetz (2017). *El problema de la adherencia al tratamiento en mujeres con consumo problemático de sustancias, desde una perspectiva de género*. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/395>

Título de la ponencia: El problema de la adherencia al tratamiento en mujeres con consumo problemático de sustancias, desde una perspectiva de género

Autora: Mgter. Vanesa Judith Jeifetz

Eje temático: Sociología de la salud

Nombre de mesa: Usos de las drogas: Política, práctica y saberes

Institución de pertenencia: Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte

E-mail: vjeifetz@yahoo.com.ar

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo describir la producción académica acerca de la adherencia al tratamiento de adicciones, por parte de mujeres entre el año 2000 y 2017.

Asimismo, se propone identificar las principales dimensiones y variables que conforman la adherencia a tratamientos de mujeres, para introducirlas en un análisis posterior dentro de una investigación más amplia. La misma se propone estudiar la adherencia al tratamiento en mujeres que asisten a un Hospital Público Nacional de la Ciudad de Buenos Aires.

Existe consenso acerca de que la adherencia al tratamiento, constituye uno de los principales problemas dentro de la problemática de las adicciones a las drogas y especialmente para las mujeres, en quienes se observa a menudo que permanecen menos tiempo en los tratamientos, con lo cual no lograrían una buena adherencia a los mismos, con el consecuente agravamiento de la problemática.

Se utilizarán fuentes secundarias en la producción académica entre 2000 y 2017. Para seleccionar los artículos, se utilizaron los descriptores "adherencia" "tratamiento de adicciones" "tratamiento uso abusivo de drogas" "género" "mujer" en bases de datos científicas.

A continuación, se presentarán los principales conceptos que guiarán la investigación, así como un resumen del estado del arte, de dicho objeto de estudio.

Palabras clave: adherencia al tratamiento – mujeres – perspectiva de género

Sobre el marco conceptual...

En primer lugar, cabe señalar que este trabajo forma parte de un Estudio Multicéntrico financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, correspondiente a las Becas Salud Investiga “Dr. Abraam Sonis” 2017, titulado “Estudio cualitativo y comparativo sobre perfil, accesibilidad y adherencia al tratamiento de mujeres que usan sustancias psicoactivas legales e ilegales en cuatro ciudades de la República Argentina desde la perspectiva de las mujeres y de los profesionales del campo de la salud” dirigido por la Dra. Victoria Sánchez Antelo. Dicho estudio es coordinado por la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF).

A continuación se desarrollarán algunos de los principales conceptos que harán parte del marco teórico de esta investigación.

Para comenzar, se definirá la noción de drogas según Oriol Romani, quien entiende a las mismas como: “(...) sustancias químicas que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (...) pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan” (Romani, O., 2004).

En cuanto al concepto de adicciones utilizado en este trabajo, se tomará la definición de drogadependencia, propuesta por el mismo autor.

La misma consiste en “un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones) pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas” (Romani, O., 2004).

Por otra parte, la noción de género se considera como “una construcción de carácter histórico y social acerca de los roles, las identidades y los valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización. Asimismo, dicha noción implica una relación de poder, porque nos remite al carácter cualitativo de las relaciones entre varones y mujeres” (Gamba, S., 2007).

“(...) los Estudios de Género implican el reconocimiento de las relaciones de poder que se dan entre los géneros, de que estas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas y que atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión” (Gamba, S., 2007).

“(…) Cabe destacar que la perspectiva de género no está supeditada a que la adopten las mujeres ni está dirigida exclusivamente a ellas, favorece el ejercicio de una lectura crítica y cuestionadora de la realidad, para analizar y transformar la situación de las personas” (Gamba, S., 2007).

En este sentido, la perspectiva de género en salud “implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención de ambos grupos genéricos. Dichas asimetrías sociales “establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir” (Tajer, D., 2012).

Existe consenso en que uno de los principales problemas de las adicciones, es la adherencia al tratamiento.

Desde la biomedicina, “la adherencia al tratamiento ha sido pensada, como un comportamiento, una actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento y es desde esa perspectiva que se vienen estudiando los factores que la fortalecen o conspiran contra ella” (Margulies, S., Barber, N., Recoder, ML., 2006).

Las mismas autoras plantean que “desde una perspectiva intelectualista e individualista, se pondera un individuo racional y prevalece una visión del paciente como alguien que es receptor de los consejos, prescripciones y cuidados; que evalúa síntomas, recursos disponibles y toma decisiones voluntarias como un individuo racional y autónomo que juzga y maximiza beneficios. Y se equivoca o no”.

En este mismo sentido, “la adherencia se construye entonces sobre la base de un modelo del “deber ser” caracterizado por una fuerte marca de responsabilidad individual de las personas frente a la enfermedad y su resolución. Así se plantea una tipología discursiva que clasifica a los pacientes en buenos y malos, es decir, en pacientes adherentes o potencialmente adherentes y en pacientes no adherentes” (Margulies, S., *et al.*, 2006).

Asimismo proponen que para abordar una problemática desde una perspectiva que dé cuenta de su complejidad superando los enfoques reduccionistas, resulta necesario:

1. Poner en cuestión los planteamientos esencialistas de características y tipologías de pacientes por fuera de la consideración de las condiciones y modos, y experiencias de vida de los sujetos afectados.
2. Cuestionar las concepciones que delimitan la actividad clínica como contrato y la idea de autonomía de los pacientes aislada de los contextos institucionales, políticos y económicos de los sistemas de salud.

3. Ir más allá de la visión biomédica que reduce la “adherencia” (...) a la actitud racional o irracional del paciente.

Desde una perspectiva crítica, “la adherencia deja de ser considerada una actitud o una conducta para ser pensada como parte del proceso de gestión de la enfermedad que sobrepasa al mundo biomédico, extendiéndose a todas las esferas del mundo cotidiano por un período indeterminado, así como se entiende que la no adherencia a los cuidados médicos, no necesariamente es una forma de comportamiento irracional”.

Por último, “aproximarse a la complejidad del problema de la adherencia, requiere de un análisis que permita descifrar los núcleos de sentido que intervienen en los modos en que (...) las condiciones sociales, políticas y económicas de la enfermedad, la percepción y los procesos de reinscripción biográfica, la trayectoria del padecimiento y la dimensión simultáneamente biológica y social del cuerpo, se articulan en las experiencias individuales y colectivas de gestión del tratamiento” (Margulies, S., *et al.*, 2006).

Relacionado al concepto de adherencia, se incluye la noción de accesibilidad, la cual hace referencia “(...) al vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Barcala, A., Stolkiner, A., 2000).

Cabe señalar que la mayoría de los/as autores/as, coincide en clasificar el concepto de accesibilidad en cuatro dimensiones: la dimensión geográfica, la económica, la administrativa y la simbólica.

Se tomará en especial la dimensión simbólica, aludiendo a “(...) la posibilidad subjetiva que tiene el usuario de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos” (Comes, Y., 2008). En esa posibilidad “(...) los sujetos y los mismos servicios reproducirían saberes construidos, sentires, percepciones y representaciones (Comes, Y., Stolkiner, A., 2004).

Siguiendo a la misma autora, resulta importante considerar que “los servicios de salud también son productores de subjetividad, ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos” (Comes, Y., 2004).

Particularmente “(...) en el caso de las drogas, nos encontramos con un conjunto de conceptos y de prácticas articulados de tal manera que llegan a constituir un ‘fenómeno social total’, que se ha ido construyendo históricamente a través de una serie de condicionamientos y procesos materiales y simbólicos” (Romaní, O., 2004).

El mismo autor, señala que podemos encontrar en las instituciones como los hospitales “(...) las correspondientes prácticas e ideologías asistenciales, es decir, el conjunto de secuencias de acción, de prácticas empíricas, rituales, etc., que contextualizadas en un tipo u otro de organización social y económica, tienen que ver con las percepciones de los problemas a los que se enfrentan, sus formas de resolverlos y en definitiva se relacionan con determinadas ideas sobre el mundo y la sociedad” (Romaní, O., 2004).

Del mismo modo, cuando el autor se refiere a los procesos asistenciales en el campo de la salud, ubica dos niveles: “(...) el ideológico, es decir, el de los valores, las representaciones y las actitudes de los distintos sectores implicados y otro, el de la praxis, es decir, el de los comportamientos, actuaciones o gestiones relacionadas con el uso de los diferentes marcos institucionales o ideológicos” (Romaní, O., 2004).

Algunas puntualizaciones sobre el Estado del arte

Como antecedente en la problemática de las adicciones, desde una perspectiva del campo de la subjetividad en Salud Colectiva, se considera relevante el estudio de la accesibilidad simbólica de las personas que usan drogas a los servicios de salud (Vázquez, A., 2006).

Este trabajo plantea “(...) la importancia de una revisión de los modelos de atención en adicciones, para adecuarlos a las necesidades de los usuarios y una reflexión de los actores sociales –entre ellos los profesionales de la salud- acerca de su propio rol en la construcción y reproducción de estereotipos”.

El mismo estudio señala que “(...) los drogadependientes, constituyen uno de los grupos que tienen problemas para acceder a los servicios de salud”. Según la autora, “el ideario estigmatizante(...) se entrama en las prácticas asistenciales, produciendo y reproduciendo la construcción de personas peligrosas. El análisis de los discursos de profesionales sobre la drogadependencia, muestra una fuerte presencia de percepciones en las que prevalecen estereotipos referidos al drogadependiente como ‘desviado social’. Esto se traduce en prácticas que producen efectos de rechazo y que podrían colaborar en la construcción de barreras de accesibilidad simbólica” (Vázquez, A., 2006).

En otro estudio relacionado al tema de la accesibilidad de los/as usuarios/as de drogas al sistema de salud (Pawlowicz, MP., *et al.*, 2009) se señala que el vínculo de los/as usuarios/as de drogas y los/as trabajadores de la salud, es un factor decisivo en el acceso a los servicios de salud. Según esta investigación, esta relación pareciera ser esporádica y discontinua, cuando no inexistente.

Señalan que los/as usuarios/as de drogas, especialmente los/as que viven en situaciones de exclusión social, relatan toda una serie de dificultades para acceder a los servicios de salud entre las que se destacan las barreras culturales. Estos problemas dificultarían la atención oportuna y generarían *oportunidades perdidas*.

A su vez, los/as autores/as describen ese vínculo entre los/as usuarios/as de drogas y los efectores de salud en el marco del proceso que se despliega generalmente a lo largo del tiempo, en el que no sólo se produce un primer acceso a la institución (*accesibilidad inicial*) sino que se desarrolla como una serie de interacciones que configuran un proceso (*accesibilidad ampliada*) en el que la continuidad y el seguimiento, serían dos problemas claves.

Considerando específicamente las barreras de acceso para los/as usuarios/as de drogas, señalan que se observa una percepción generalizada de que éstos/as, en relación con otros/as pacientes, tienen dificultades mayores y específicas para: iniciar los tratamientos, cumplir con las indicaciones dadas y sostener en el tiempo los tratamientos.

En relación a esto, la dimensión de la accesibilidad más reiterada es la cultural, que se expresaría en el vínculo mismo de los/as trabajadores/as de la salud y los/as usuarios/as de drogas. La importancia del trato en el vínculo médico/a - paciente es un factor importante en la adherencia a los tratamientos.

Los/as autores/as concluyen en que los testimonios muestran la complejidad de motivaciones que intervienen en el acercamiento o la distancia entre los/as usuarios/as de drogas y los dispositivos de intervención. Al mismo tiempo, permiten confrontar la representación social dominante del/a usuario/a de drogas como “adicto/a de por vida” o la naturalización de la práctica de consumo con un modo de ser o *estilo de vida*. Esto pudo verse en las interpretaciones de los/as trabajadores/as de la salud que en tantos casos impedirían comprender y buscar la mejor manera de atender los momentos de crisis de los/as usuarios/as de drogas y al mismo tiempo interrogarían las formas en que se piensan los problemas de salud vinculados al consumo de drogas, para evitar estigmatizar a los/as usuarios/as.

Por último, en este trabajo se puede apreciar la importancia de la consideración del vínculo de los/as usuarios/as de drogas con los efectores de salud, como un proceso discontinuo donde los motivos para abandonar y para retomar un tratamiento aportan claves para la comprensión del problema y para la revisión de las intervenciones.

En relación al marco legal, resulta importante señalar la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en Noviembre de 2010 y su posterior reglamentación en el año 2013.

La misma plantea como hecho novedoso en su Art.4, incluir las adicciones dentro del campo de la salud mental, lo cual le da una mayor visibilización a la problemática, al mismo tiempo que la ubica en la agenda pública. Asimismo, esta ley posee una fuerte perspectiva de derechos, así como una mirada comunitaria en salud mental, respecto al abordaje y tratamiento de las personas con padecimiento psíquico.

Dicha ley entraría en tensión con la Ley de Drogas N° 23.737 sancionada previamente en el año 1989, la cual continua vigente y se podría ubicar según sus planteamientos, dentro de un *modelo moralista normativo*, en el abordaje del consumo problemático de drogas, a diferencia de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual podríamos ubicar dentro de un *modelo integral comunitario* (Camarotti, AC., Kornblit, AL., 2015).

En cuanto al estudio de la relación entre el género y las adicciones, algunos/as autores/as han señalado la importancia de incorporar esta perspectiva, sobre todo en temas como las adicciones a las drogas, donde las diferencias de género aparecen marcadas en gran medida (Borrell, C., Artazcoz, L., 2008). Estas diferencias se pueden observar principalmente en los patrones de consumo, causas, consecuencias, formas de adquisición de las drogas y acompañamiento familiar (García, D., 1997).

Asimismo varios/as autores/as han estudiado el papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol (Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora Icaza, ME., 2008) a partir de lo cual han concluido que los hombres tienen mayor probabilidad de solicitar servicios de atención en comparación con las mujeres, por ejemplo ante la pérdida del trabajo debido al consumo de alcohol. Las mujeres en cambio, enfrentan obstáculos de tipo cultural, familiar, a los que se agregan otros, propios de la dinámica y organización de los servicios.

Por otro lado, según Diana García (García, D., 1997) las conductas de transgresión como el consumo de drogas, socialmente disruptivas, son más severamente sancionadas en las mujeres,

porque de acuerdo al patrón cultural patriarcal, están asociadas con lo masculino. Esto determina sentimientos de culpa, vergüenza e incapacidad que pueden llevar a las mujeres a ocultar su adicción o bien a no solicitar tratamiento para no ser estigmatizadas como "adictas" o "locas".

En muchos casos, los abandonos del tratamiento por parte de las mujeres tienen que ver con factores contextuales relativos a los roles de género tradicionales: deben retornar lo antes posible al hogar para cumplir sus responsabilidades domésticas y familiares.

Si en el análisis de las causas, no se incluyen estos factores, puede interpretarse erróneamente que el corto tiempo de tratamiento, sólo es exponente de una escasa motivación o falta de compromiso de las mujeres con su recuperación, sin considerar el modo en que el peso de la expectativa social hacia ellas, incide en su posibilidad de acatamiento y adherencia al tratamiento.

Aquí cabe señalar, siguiendo a Ana M. Fernández que “(...) la conyugalidad -en la modernidad- habrá de celebrarse entre un sujeto que despliega tanto su relación con el mundo como su relación consigo mismo (refiriéndose a los varones) desde una posición, *ser de sí* y otro sujeto que estructura sus relaciones desde otra posición, *ser de otro* (refiriéndose a las mujeres)”.

La misma autora señala que una de las consecuencias de la conyugalidad es el desarrollo de una subjetividad fragilizada en las mujeres, que implica un escaso nivel de individuación: “(...) se van instituyendo posiciones de poder que generalmente desfavorecen a las mujeres, en tanto los pactos y contratos que celebran los géneros se realizan entre actores no simétricos políticamente” (Fernández, AM., 1994).

Asimismo destaca que “(...) es en el espacio de la conyugalidad y la familia, donde los reciclajes de la subordinación de género se encuentran más a la vista y al mismo tiempo más ocultos, en tanto su práctica cotidiana naturaliza relaciones de dependencia objetiva y subjetiva” (Fernández, AM., 1994).

Del mismo modo, Mabel Burin señala como factores predisponentes a la depresión en las mujeres, el rol de ama de casa y el matrimonio tradicional. En el primero destaca el sentimiento de frustración y el hecho de que generalmente las mujeres no tienen otra fuente de gratificación alternativa que no sea ese rol. En el segundo, subraya las vivencias de desamparo, la falta de una relación confidencial e íntima con la pareja y el sentimiento de desvalorización (Burin, M., 2000).

Por lo antedicho, se considera que las responsabilidades sociales del rol femenino tradicional, no sólo afectarían la adherencia al tratamiento, sino que serían un factor predisponente al desarrollo de una adicción en las mujeres.

Si se entiende el consumo de drogas, como una respuesta de las personas frente a sus malestares y sufrimientos (Freud, S., 1983) y dado que está estudiado que los roles tradicionales de género femenino producen angustia y/o depresión, uno de los modos posibles de hacer frente a estos malestares, podría ser en las mujeres el consumo de sustancias, tal como estudió en nuestro medio Mabel Burin, en relación al malestar de las mujeres y la utilización de psicofármacos (Burin, M., 2000).

Por otro lado, existen estudios en nuestro país, sobre las diferencias entre varones y mujeres adictas, en instituciones residenciales de rehabilitación (Ravazzola, MC., 2005). Entre las mismas se ha advertido, que las mujeres debían cumplir reglas destinadas a garantizar que los varones no fueran a perder el control sobre sus actos, especialmente en cuanto se refiere a los impulsos sexuales. Lo que se infiere de esas reglas institucionales, es que se considera a las mujeres responsables por las conductas de los varones, en especial por las conductas eróticas y de seducción.

Otra diferencia se relaciona con el hecho de que las tareas que insumen fuerza y destreza física son especialmente valoradas, tanto por la coordinación como por los residentes, resultando que las mujeres reciben un trato descalificador, por encontrarse en inferioridad de condiciones para ese desempeño.

La misma autora señala que de la organización del programa residencial, surgen otros signos de la posición desigual entre varones y mujeres. Uno de ellos se vincula a que durante el proceso de rehabilitación, los/as residentes (en su mayoría varones) van ocupando, al ascender en la escala jerárquica, los lugares institucionales de poder, quedando en minoría las mujeres “naturalmente” en posiciones inferiores.

Por último, describe que en estas instituciones, las actividades de los/as residentes suelen estar en gran medida organizadas en torno a las tareas de la vida doméstica, ámbito habitualmente poco valorizado y relegado a la esfera de las mujeres. Sin embargo, la autora refiere que este hecho, no produce de por sí una revalorización de dichas tareas ni del género femenino. Por lo cual sería

importante realizar un trabajo de reflexión que ayude a rescatar coherencias en esos procesos de tratamiento.

Es importante señalar que todos estos ejemplos plantearían como efecto, el hecho de generar obstáculos en la adherencia al tratamiento de las mujeres y por consiguiente, la exclusión de éstas, de las instituciones de salud.

Otro estudio acerca de esta temática, específicamente, sobre la equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones (Jeifetz, V., 2016) plantea que existen diferencias injustas en la accesibilidad simbólica de las mujeres a los tratamientos, debido a que las adicciones resultan más sancionadas socialmente en ellas, ya que contradicen los estereotipos del género femenino y de este modo, las mujeres cargan con el estigma de ser vistas como locas, malas madres, prostitutas, etc., lo que las lleva a no tener la posibilidad subjetiva de solicitar tratamiento de manera oportuna (Comes, Y., 2008).

Aquellas que llegan a solicitarlo, suelen presentar mayores dificultades que los varones, en el vínculo con los equipos de salud, según el relato de los/as profesionales, quienes reconocen tener dificultades para lograr empatía con las mujeres, con la consiguiente escasa contención hacia ellas, al tener éstas un modo de presentación que contradice los valores de género que nuestra sociedad valida para las mujeres y que los/as mismos/as profesionales portan; produciendo esto un impacto negativo en la adherencia al tratamiento de las mismas.

Asimismo, se plantea que los tratamientos ofrecidos en este campo, generalmente se adecuan más a las necesidades de los varones, siendo éstos consecuentemente los que presentan mayor adherencia al tratamiento y no consideran de manera sistemática, las necesidades en la atención y los modos de enfermar específicos de las mujeres.

Por otro lado, este mismo estudio relevó diferencias injustas en las *rutas críticas* que atraviesan varones y mujeres para dar respuesta a su problemática de salud, dentro del sistema. Se han señalado como obstáculos: la escasez de instituciones que atienden mujeres, la casi inexistencia de instituciones intermedias donde las mujeres puedan continuar su tratamiento, la insuficiente disponibilidad de camas de internación para ellas y el hecho de estar cursando un embarazo, al momento de querer internarse. Por lo cual, se considera importante que los servicios de internación en adicciones, puedan crear dispositivos específicos que incorporen esta necesidad de las mujeres (Jeifetz, V., 2016).

Bibliografía

- Barcala, A., Stolkiner, A. (2000). Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): estudio de caso. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, VIII*, 282-295.
- Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora Icaza, ME. (2008). El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Revista panamericana de Salud Pública, Vol.23, (4)*, 231-236.
- Borrell C, Artazcoz L. (2008). Las desigualdades de género en salud: Retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública, Vol. 82 (3)*, 245-249.
- Burin, M. (2000). La mujer y los estados depresivos. En Burin M, Moncarz E, Velázquez S. *El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada* (pp. 112-119). 1ra edición, DF., México: Editorial Paidós Mexicana.
- Camarotti, AC., Kornblit, AL. (2015) Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Revista Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 1 (2)*, 211-221.
- Comes, Y. (2008). La accesibilidad: una revisión conceptual. Documento laboris del Proyecto de Investigación P077 – UBACyT, 2004. En Solitario R., Garbus P., Stolkiner A. *Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología UBA, Volumen XV*, Tomo I, ISSN 1851-1686, p.264.
- Comes, Y., Stolkiner, A. (2004). Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del Amba a los servicios asistenciales estatales. *XII Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología UBA*, ISSN 1851-1686, p. 139.
- Fernández, AM. (1994). La mujer de la ilusión. En Fernández, AM. *La mujer de la ilusión, Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. 2da edición. Buenos Aires: Paidós Editorial, p.257-258.
- Fernández, AM. (1994). Hombres públicos – mujeres privadas. En Fernández, AM. *La mujer de la ilusión, Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. 2da edición. Buenos Aires: Paidós Editorial, p. 157.
- Freud, S. (1983). El malestar en la cultura. En Dupetit, S. *La adicción y las drogas*. Buenos Aires: Salto Ediciones, p. 7-9.

- Gamba, S. (2007). Estudios de Género/Perspectiva de Género. En Gamba, S. coordinadora. *Diccionario de estudios de género y feminismos*. 1ra edición. Buenos Aires: Editorial Biblos, p. 119-122. ISSN 1900-5407
- García, D. (1997). Las mujeres y las drogas: Nuevos escenarios de la dependencia. Trabajo presentado en el I Foro Nacional sobre la Mujer y las Drogas, organizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y el Instituto Interamericano del Niño (IIN) en el marco de la investigación "*Impacto del uso indebido de drogas en la mujer y la familia*", Montevideo, Uruguay.
- Jeifetz, V. (2016). Adicciones y Género. El problema de la equidad en la adherencia al tratamiento. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas" 3, 4 y 5 de Agosto de 2016, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/ponencias/>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial: 3 de Diciembre de 2010.
- Ley N° 23.737. Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Boletín Oficial: 11 de Octubre de 1989.
- Margulies, S., Barber, N., ML, Recoder (2006). VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas. En: *Revista Antípoda N°3*, Julio-Diciembre 2006, p.281-300.
- Pawlowicz, MP. *et al.* (2009). El vínculo de los usuarios de drogas y los trabajadores de la salud como factor decisivo en el acceso a los servicios de salud. VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales UBA, 2009, 29-31 de Julio; Buenos Aires, Argentina.
- Ravazzola, MC. (2005). Patrones de abuso y especificidades de género en la rehabilitación de la drogadicción. En Ravazzola MC. *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Bs.As.: Editorial Paidós; 2005. p. 229-238.
- Romaní, O. (2004). Qué son las drogas. Algunas definiciones básicas. En: Romaní O. *Las drogas. Sueños y razones*. 2da edición actualizada. Barcelona: Editorial Ariel; 2004, p. 52-55.
- Romaní, O. (2004). Ciencias Sociales e Intervención en el Campo de las Drogas. En: Romaní O. *Las drogas. Sueños y razones*. 2da edición actualizada. Barcelona: Editorial Ariel, p.141.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Tajer D, compiladora. *Género y salud: las políticas en acción*. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2012. p. 17-36.

- Vázquez, A. (2006). Discursos y Prácticas sobre la Drogadependencia en profesionales de la salud. Su relación con la accesibilidad simbólica de personas que usan drogas a Servicios de Salud de un Hospital Estatal del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación. Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. “Paradigmas, Métodos y Técnicas”, 9-12 de agosto de 2006; Buenos Aires, Argentina.