

*Artículo Original*

# Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores de 60 años de clases populares de la Ciudad de Buenos Aires en el contexto de la pandemia por COVID19.

Consumption of psychoactive substances in women older than 60 years of popular classes of Ciudad de Buenos Aires in the context of the COVID19 pandemic.

**Andrea Portela**<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires)  
Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional (Universidad Nacional de Mar del Plata)  
Profesional de planta del Servicio de Salud Mental del Hospital Piñero.  
Becaria de investigación del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones "Licenciada Laura Bonaparte"  
Integrante de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres- ATL  
[andreaportelato@gmail.com](mailto:andreaportelato@gmail.com)

**Resumen:** Trabajo de investigación cualitativo sobre el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores de 60 años, atravesadas por condiciones de vulnerabilidad social y económica, durante la pandemia de COVID19. Participaron del proyecto once mujeres, usuarias de dispositivos de asistencia alimentaria de las comunas 7 y 9 de la Ciudad de Buenos Aires, que fueron entrevistadas entre octubre y diciembre de 2020. Los hallazgos del estudio muestran que el consumo de sustancias psicoactivas legalizadas es una práctica habitual en este grupo, siendo los psicofármacos la sustancia de consumo actual más referida. La pandemia incrementó la solicitud de prescripciones de tranquilizantes, somníferos y antidepresivos para tratar con la ansiedad, los problemas de insomnio y el aumento de peso que, llamativamente, constituyó el consumo de mayor preocupación para la mayoría de las entrevistadas. El consumo crónico de psicofármacos y el consumo problemático de alcohol en distintas etapas de la vida, estuvieron vinculados a conflictivas familiares, situaciones de violencia de género y problemas de adicciones en la familia. Las entrevistadas coincidieron en que el abuso del alcohol es significado y valorado de modo distinto cuando este ocurre en varones o en mujeres y; por este motivo, las mujeres suelen ocultarlo. El tabaquismo fue identificado como un hábito frecuente, asociado al concepto de adicción y con graves consecuencias para la salud. Los resultados de este trabajo permiten visibilizar una temática que no es frecuentemente estudiada, y aportan a mejorar la información sobre las experiencias, las condiciones de vida y los motivos que mueven al consumo a las mujeres mayores.

**Palabras Claves:** Trastorno relacionado con sustancias- mujeres- persona de edad- Pandemias- Terapia Ocupacional

**Abstract:** Qualitative research work on the consumption of psychoactive substances in women over 60 years of age, affected by conditions of social and

Recibido: 01/09/2021  
Aceptado: 06/01/2023  
Publicación: 26/07/2023

economic vulnerability, during the COVID19 pandemic. Eleven women, users of food assistance devices from communes 7 and 9 of Ciudad de Buenos Aires, participated in the project and were interviewed between October and December 2020. The findings of the study show that the use of legalized psychoactive substances is a common practice in this group, being psychotropic drugs the most frequently referred substance of current consumption. The pandemic increased the demand for prescriptions for tranquilizers, sleeping pills and antidepressants to treat anxiety, insomnia problems and weight gain, which, strikingly, was the consumption of greatest concern for most of the interviewees. The chronic consumption of psychotropic drugs and the problematic consumption of alcohol at different stages of life were linked to family conflict, situations of gender violence and addiction problems in the family. The interviewees agreed that alcohol abuse is signified and valued differently when it occurs in men or women and; for this reason, women often hide it. Smoking was identified as a frequent habit, associated with the concept of addiction and with serious consequences for health. The results of this work make it possible to make visible a topic that is not frequently studied, and contribute to improving the information on experiences, living conditions and the reasons that drive older women to consume.

**Keywords:** Substance related disorders- women- aged – Pandemics- Occupational Therapy

## 1. Introducción

En Argentina el consumo de sustancias psicoactivas (SP) en las mujeres mayores es una práctica frecuente (Bustin et al., 2019; INDEC, 2012) que muchas veces acompaña la trayectoria vital y continúa en la vejez y, en otros casos, se incorpora durante esta etapa en respuesta a las pérdidas, duelos y cambios que atraviesan las personas a medida que envejecen. La viudez, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la disminución de los ingresos económicos, los cambios en el aspecto físico, la soledad, las enfermedades crónicas, el dolor, la dependencia, son situaciones que frecuentemente se deben afrontar en la vejez y que generan un alto nivel de estrés y desequilibrio. Según los expertos, estas condiciones pueden operar

como factores de riesgo para el consumo de sustancias (Castro Toschi, 2011; Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, 2008).

Durante el año 2020 el mundo enfrentó la más grave crisis de salud pública de los últimos cien años. La incertidumbre generada por la rápida expansión y letalidad del virus COVID 19 sumó un importante factor de ansiedad y angustia en la población general, y en las personas mayores en particular, por pertenecer al grupo etario con mayor tasa de mortalidad frente al virus. En esta coyuntura, se realizó en el Área Programática (AP) del Hospital Piñero<sup>2</sup> un trabajo de investigación sobre el consumo de SP en mujeres mayores de 60 años atravesadas por condiciones de vulnerabilidad social y económica. Dicha investigación fue diseñada

previo a la pandemia y requirió del ajuste y redefinición de sus objetivos y métodos de modo de hacerla viable en el contexto de una crisis sanitaria.

A su vez, las problemáticas asociadas a éste fenómeno, incorporaron nuevas variables e interrogantes. ¿Podría la pandemia y las medidas de aislamiento social generar situaciones de estrés que incrementen el consumo de SP en las mujeres mayores? ¿Cómo impacta la crisis económica, exacerbada durante la cuarentena, en las mujeres mayores de clases populares con consumos problemáticos? ¿La pandemia y el aislamiento modificaron las prácticas de consumo? ¿Cuál es la respuesta del Sistema de Salud durante la crisis sanitaria frente a las problemáticas de consumo en las mujeres mayores?

El propósito de la investigación apuntó a recuperar los significados, creencias y experiencias subjetivas de las usuarias en relación a sus prácticas de consumo de SP y sus opiniones sobre cómo las mismas podrían estar afectadas por el contexto actual de emergencia sanitaria y social, la cuestión etaria, el género y la condición social.

<sup>2</sup> El AP del Hospital Piñero-hospital público de la ciudad de Buenos Aires- concentra gran cantidad de barrios populares y abarca zonas de alta vulnerabilidad social, donde la urbanización y los servicios públicos son deficientes, hay altas tasas de desocupación, trabajo informal y pobreza. Comprende una porción de las Comunas 7, 8 y 9 de la CABA. Se estima que allí residen aprox. unas 37.000 mujeres mayores.

## 2. Método

### **Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación**

El estudio fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Piñero y por el Comité

de Ética en Investigación (CEI) del Hospital Nacional en Red “Laura Bonaparte” especializado en Salud Mental y Adicciones, al cual fue subrogado dado que el Hospital Piñero no contaba con un CEI certificado para emitir dictámenes y en virtud de su pertinencia dada por el área temática del estudio: consumo de sustancias.

La participación de las mujeres en el estudio fue voluntaria y se realizó previa obtención de su consentimiento informado. En este acto, se brindó información completa sobre el protocolo y los objetivos del estudio y se dejó constancia escrita del compromiso del equipo de investigación en el resguardo de la privacidad, la confidencialidad y la anonimidad de la información que aportaran las participantes durante las entrevistas. El formulario de consentimiento informado fue firmado conjuntamente por las participantes y por la investigadora principal e incluyó los contactos de esta última y del CEI para que las participantes puedan contactarse y tramitar dudas e inquietudes en cualquier momento del desarrollo de la investigación.

### **Diseño metodológico**

La metodología del proyecto en su versión original proponía una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal que consistía en la administración de una encuesta voluntaria y anónima sobre prácticas de consumo de distinto tipo de SP a una muestra de 320 mujeres mayores en las salas de espera de efectores públicos de salud del AP del Hospital Piñero.

Las restricciones en la circulación y la refuncionalización de estos efectores que se produjeron a partir de marzo del 2020 con el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)<sup>3</sup> imposibilitaron la

recolección de la muestra tal como estaba planificada.

En esta situación, se decidió mudar el enfoque estadístico cuantitativo del proyecto inicial que requería un elevado tamaño muestral a un abordaje cualitativo de la problemática en estudio. Se definió entonces la utilización de la entrevista semiestructurada como herramienta de recolección de datos y se confeccionó una guía de preguntas cuyos ejes principales de indagación fueron: las trayectorias y prácticas de consumo de SP, los cambios en los patrones de consumo a partir del ASPO (tipo de SP, dosis, frecuencia, formas de acceso, contexto de consumo, etc.), creencias vinculadas al consumo problemático en las mujeres mayores y sus factores de riesgo. La modalidad de administración (presencial, telefónica o virtual) se adecuó a las posibilidades y preferencias de las participantes y a las restricciones determinadas por el momento epidemiológico.

La recolección de la muestra se realizó en dispositivos comunitarios implementados por organizaciones sociales que brindaron asistencia alimentaria durante la pandemia de COVID-19 a personas en situación de vulnerabilidad social. La entrada al campo estuvo mediada por referentes barriales con quienes se planificó y desplegó una estrategia específica para llegar a la población de interés, ajustada a la dinámica y particularidades de cada espacio.

Para el análisis de los datos se realizó, en primer término, una transcripción literal de cada entrevista y posteriormente se sistematizó la información a partir de las técnicas de análisis de contenido y los procesos de codificación y categorización (Bardin, 1986).

<sup>2</sup>La “refuncionalización”, abarcó, entre otras medidas la suspensión de los turnos y controles que no fueran de urgencia, la reorientación de espacios a la atención de la pandemia, la limitación de la permanencia en las salas de espera, la reasignación del personal de salud para cubrir las demandas de las postas sanitarias y las Unidades Febriles de Urgencia, etc.

<sup>3</sup>La Ciudad de Buenos Aires permaneció en ASPO hasta el 9 de noviembre de 2020. El aislamiento y el distanciamiento social modificaron abruptamente las rutinas ocupacionales de la población, limitando la participación social, el uso del espacio público y los modos de interacción interpersonal habituales.

### 3. Resultados

#### 3.1 Caracterización de la muestra

Durante los meses de octubre a diciembre de 2020 se entrevistó a once mujeres mayores de 60 años usuarias de comedores y ollas populares de las comunas 7 y 9 de Ciudad de Buenos Aires. La media de edad fue de 68 años, con un rango de 60 a 79. Seis de estas mujeres, casi todas migrantes de nacionalidad boliviana y paraguaya, asistían a comedores del barrio de Bajo Flores y Cildañez. Cinco de ellas, todas de nacionalidad argentina, recibían bolsones de alimentos o viandas en sus hogares por parte de un Centro de Jubilados/as.

Durante las entrevistas, los problemas habitacionales aparecieron espontáneamente en sus relatos.

*“Mi casa está hecha pelota (...) Yo me estoy manejando únicamente con una pava eléctrica. No tengo horno eléctrico, ni una garrafa chiquitita con una hornalla tengo” (H.)*

*“Una semana antes que empezara la pandemia me mudé porque la encargada de la pensión desalojó a todas las personas que le molestaban. Discapacitados, viejos; nos sacó a todos a la calle un día lluvioso” (E.)*

*“Dentro de esta semana yo tengo que desalojar la casa (...) no sé dónde voy a ir, por-*

*que no tengo el dinero suficiente para alquilar, no hay alquiler acá en el barrio. Así que yo ya tomé una decisión, la tomé el sábado, el día de mi cumpleaños. Si llegan a venir a sacarme, saco mis cosas a la vereda y me quedaré ahí, porque otra posibilidad no tengo” (R.)*

Algunas mujeres relataron también las dificultades que tuvieron para cubrir sus necesidades alimentarias durante la pandemia. Es el caso de **H** y **M**.

**H.** es rosarina, viuda y vive sola. Durante la cuarentena tuvo muy pocos contactos sociales dado que su única hija está presa y no tiene familia ni amigos en Buenos Aires.

*“Antes me iba a almorzar al centro barrial “Don Bosco” de Directorio y Bonorino, que iban los chicos que estaban viviendo en la villa. Yo iba porque no tenía plata para comer, antes de que PAMI me diera los bolsones. Fui un tiempo, pero después me sacaron carpiendo, me sacaron las chicas. La psiquiatra, no me podía ver, esa era la sensación que yo tenía. Me rechazaba”*

**M.** tiene a su familia e hijos en Bolivia. A fines de marzo ella y su marido contrajeron CO-VID-19 y el permaneció durante un mes hospitalizado. Actualmente ambos se encuentran en situación de indigencia debido a que no cuentan con ingresos y perdieron sus trabajos.

*“Yo trabajé y mi marido trabajó y no nos han jubilado. Todos tienen su pensión y a mí no me dan. Mi marido ha trabajado en construcción, muchos años ha trabajado (...) No tengo ni para comer, no tengo ni para comprar leche, señora”*

La forma en que la pandemia y el aislamiento impactó en el estado de ánimo de las mujeres fue variada y estuvo vinculada al grado de integración social que pudieron sostener, a la gravedad de sus necesidades económicas y a los cambios que las medidas restrictivas impusieron a sus rutinas ocupacionales previas. Quienes vieron modificado en mayor medida su patrón habitual de actividades, sufrieron más el aislamiento y presentaron mayores dificultades de adaptación frente al confinamiento que quienes no percibieron modificaciones tan extremas y pudieron mantener los contactos habituales con su red social, como es el caso de aquellas que convivían con sus familias y/o parejas y no mantenían muchos vínculos externos. Por otro lado, las mujeres que desarrollaban actividades laborales por fuera del hogar o que se ocupaban en actividades en el ámbito comunitario y, de ellas en particular, aquellas que vivían solas (más de la mitad de la muestra) y por lo tanto sus vínculos y relaciones interpersonales se daban principalmente a través de estas actividades; sufrieron en mayor medida los meses de aislamiento estricto.

*“Todos los días iba y abría el centro [de jubilados/as] (...) estaba siempre ocupada. Ahora estoy encerrada, y de estado de ánimo no estoy para nada bien, me siento para abajo, como no salgo, no tengo actividad, no salgo a la calle, entonces eso te baja un poco, y bueno, yo estoy medicada (...) No tengo contacto con nadie, es demasiado, ya no aguanto más” (N.)*

**R.** cuenta que durante la pandemia le “cambió la vida”. Entre las muchas situaciones de vulneración de derechos que relata, las situaciones de violencia intrafamiliar y de género, que vivió durante el aislamiento, tienen un lugar central. Según **R.** los

problemas de alcoholismo de su ex pareja y la mala relación de éste con su hijo llevaron a situaciones de violencia física de gravedad por las cuales debió pedir una restricción perimetral para excluirlo del hogar.

*“A W. [pareja] lo conocí sabiendo que él tomaba, pero no era agresivo (...) Todo cambió cuando que mi hijo vino a vivir conmigo (...) Mi pareja lo aceptó y al principio venía todo bien. Pero cerca del año empezaron las discusiones -Que tu hijo esto. Que tu hijo es un vago. Que tu hijo no hace nada. Que tu hijo no aporta plata. ¿Cuándo va a salir a trabajar? ¿Cómo puede ser que yo sólo me rompa el lomo? ¿Cómo puede ser que vos salgas a trabajar cargando carritos hasta Mataderos caminando, y tu hijo durmiendo? Todas esas cosas horribles me decía, y yo siempre trataba de suavizar las cosas. Hasta que llegó el día que se enfrentaron y llegaron al choque. Tuve que poner una perimetral porque yo me puse en el medio y él me agarró de los puños y me dejó marcada, porque yo no quería que él se acerque a mi hijo (...) Con la cuarentena es como que se agravó más, porque estaban las 24 horas los dos en la casa. Y yo todo el tiempo tratando que uno esté bien, el otro esté bien”.*

Todas las entrevistadas presentaban enfermedades crónicas y la mayoría expresó consumir más de 3 medicaciones diarias. Fueron repetidos los relatos de suspensión de tratamientos e intervenciones quirúrgicas programadas. Tres entrevistadas requirieron ser hospitalizadas durante la cuarentena, de ellas, cabe destacar el caso de H. quien fue internada por dificultad respiratoria producto del EPOC que padece a raíz del tabaquismo. Sus prácticas de automedicación, por otro lado, datan

de años y han ocasionado un grave perjuicio a su salud.

*“El 13 de marzo me internaron en el Álvarez porque no podía ni caminar por culpa del cigarrillo. Entonces me internaron, me limpiaron, qué sé yo, me recauchutaron y volví, a la semana volví. Pero no volví a fumar (...) Yo era muy fumadora, me provocó EPOC, no podía respirar. Con ajo y con Locoto en polvo yo me broncodilataba, natural, sin usar remedios. Pero me mató las hemorroides y entonces ahora tengo un problema de hemorroides grave (...) Tomo mucha medicación, estuve tomando mucho, y no quiero tomar más, porque tengo una acidez que no te podés imaginar. Tomaba mucho Ibuprofeno. Ibuprofeno 600, Ibuprofeno 400, me tomaba como 8 por día para que se me pase el dolor. No se me pasaba el dolor. Tomaba Sertal también y cosas para broncodilatarme” (H.)*

### 3.2. Consumo de psicofármacos

La mayoría de las entrevistadas refirió un consumo crónico de psicofármacos, prescritos por sus médicos/as debido a insomnio, depresión o preocupaciones por conflictos con sus hijos/as y/o parejas. Se evidencia en sus narrativas la naturalización de este consumo, incorporado como una práctica rutinaria más de la vida cotidiana. En algunos casos, se lo justificó con argumentos basados en la indicación médica y la inocuidad de la droga por su baja dosis. Con respecto a la edad de inicio del consumo, las entrevistadas lo ubican en la mediana edad, y en algunos casos, en la juventud, a partir de episodios depresivos o como modo de afrontamiento de las exigencias que determinan las tareas de cuidado y de reproducción del hogar. También surgieron historias de consumo

problemático de alcohol combinado con el uso de psicofármacos. En todos los casos, las entrevistadas coincidieron en que los psicofármacos que consumen (mayormente benzodiazepinas) no tienen efectos nocivos para la salud. En dos casos, solicitaron la indicación de tranquilizantes y somníferos durante la pandemia debido al malestar y la ansiedad que la situación desencadenó y, en un caso, se pidió la indicación de un antidepresivo, para adelgazar. Sólo una entrevistada, negó haber tomado psicofármacos alguna vez en su vida, dos refirieron consumo reciente y 8, consumo actual.

**R.** consume benzodiazepinas desde hace varios años. La primera vez que se las indicó un médico fue cuando atravesó una profunda depresión luego de su primera separación.

*“Clonazepam me dieron cuando me separé la primera vez porque caí en un pozo depresivo (...) Estaba mal, al final me metía adentro de un ropero, no quería hablar, me la pasaba llorando. Tenía a mi nene que era chiquito, 4 años, y a mi hija mayor, que la perdí porque falleció (...) Tome Clonazepam durante mucho tiempo, me mandaron al psicólogo (...) Intenté suicidarme dos veces”*

**M.** cuenta que tomó tranquilizantes durante un tiempo debido a sus “nervios”. Reciente-mente, durante la internación por COVID de su marido, se los volvieron a indicar por problemas de insomnio; pero, cuando recurrió a la “salita del barrio” para que le repitan la receta, el médico decidió suspender el tratamiento. No era la primera vez que tomaba tranquilizantes, ya anteriormente se los habían recetado cuando su hija se separó estando embarazada.

*“Antes tomaba pastilla para dormir ahora no me quieren dar. No podía dormir. Yo*

*duermo a las 8, me da sueño rápido, pero a las tres de la mañana no puedo dormir. Me preocupo de mis nietos, de mis hijas, como están (...) Unas chiquititas pastillas para dormir tomaba, pero me dijo el doctor ya no te puedo dar porque te puede hacer mal. Tú tienes que poner de tu parte. Yo pongo de mi parte, pero ¡nervios tengo! A veces nervios porque no puedo hacer, no puedo hacer, mis nervios me agarran. Te puede hacer mal me dijo, ya no puedes tomar. Tú tienes que poner de tu parte. No te preocupes ¿de qué te preocupas? me dijo. Tú vives con tu marido, ya no pienses en tus hijas”*

**H.** omite mencionar que toma Clonazepam cuando enumera la medicación que usa a diario. Se justifica diciendo que hace muchos años que consume este medicamento, pero no es ca-paz de precisar cuántos ya que ha consumido psicofármacos desde su infancia. En distintas etapas de su vida los utilizó como modo de resolución de situaciones cotidianas: para aumentar la concentración en un examen, para adelgazar, de forma recreativa. Afirma que actualmente este consumo no es un problema, como sí lo fueron en su juventud las anfetaminas y otros estupefacientes. En cuanto a la forma de adquisición, refiere que en su juventud solía retirarlos de la farmacia de su familia o que se los prescribía un médico que “hacía lo que le decía”. Actualmente se los receta su médico de cabecera.

*“Yo tuve un médico en Rosario, que me conocía desde chiquita porque mi mamá era farmacéutica (...) me atendió desde chica porque yo era sonámbula y él me curó (...) Ese doctor me daba pastillas tranquilizantes fuertes, de 10 mg (...) A los veintipico tomaba Stelapar, ahora ya no se fabrican más esas, Pensilan de 10 mg. ¡Mandrax tomaba!*

*(...) En una época fui adicta a las anfetaminas, pero antes, ahora no. Tomaba Actemín, Dexedrina, todas esas pastillas (...) Tomé muchos años, me recibí gracias a las anfetaminas, porque si no, no tenía ganas de estudiar. Esa adicción me duro muchísimos años, más de 10 (...) Un día no tomé más, no sé, no tomé más. Me resultó mucho más fácil dejar eso que el alcohol. El alcohol y el cigarrillo me costó mucho más."*

**A.** consumió psicofármacos en las dos oportunidades en que se separó de sus parejas y durante los primeros años de crianza de sus hijos. Actualmente, toma más de 4 medicaciones diarias por sus enfermedades crónicas; en éste último tiempo pidió una interconsulta con psiquiatría por sus problemas de sueño y le prescribieron benzodiazepinas.

*"Tome pastillas de joven sí, porque mi suegra tomaba Valium y a veces me decía, tomate un poquito que te relaja. A veces me hacía tomar, me regalaba y yo las partía chiquitito (...) Era cuando los chicos eran chiquitos. Me daba por que yo no podía dormir, tenía mis hijos que lloraban, que eran bebés y yo tenía que estar todo el día atendiéndolos y hasta la noche mi marido trabajaba. Limpiaba yo sola con los chicos. No es como los padres de ahora modernos que colaboran (...) Mi marido era bancario, se la pasaba todo el día en el banco y después se iba a la facultad. O sea que yo me tuve que arreglar solita con mis hijos, él los vio cuando ya estaban casi criados (...) La vez pasada, yo notaba que no podía dormir y le pedí a la médica de cabecera un turno para el psiquiatra (...) Por ahí eran las tres de la mañana y yo me ponía a mirar la tele, el Whatsapp, el Facebook. Investigar un poco*

*lo que es el coronavirus, que decían en otros países. En Google me metía y capaz eran las 3, 4 de la mañana y yo como si nada. La medicación que me dio no es un tranquilizante, es un ansiolítico. Tomo 5 mg"*

**N.** toma Clonazepam y Sertralina. Se los indicaron luego de varios años de tratamiento psicoterapéutico por depresión. Su problemática principal está relacionada a la distante relación que mantiene con sus hijos a quienes no ve hace varios años.

*"Tomo esa pastillita, Clonazepam de 3 mg, hará por lo menos 3 años. El tratamiento lo empecé por el tema de mis hijos. Los primeros 9 años en terapia y terapia, y bueno después me agarró otra psicóloga y me dijo, te voy a pasar para que te mediquen por que no puedes estar así tan mal (...) Tomo para los nervios, para dormir más, pero de nada, es de 3 y lo parto por la mitad, nada, porque el médico dice que es nada. Y después Sertralina, porque tengo mucha depresión. Eso es porque una tiene problemas de familia, los hijos están lejos, la depresión (...) Cuando estoy muy depresiva, que es generalmente en las fiestas, el médico me dice que me tome un pedacito, un cuartito (...) Si no tuviera los problemas que tengo que no los puedo manejar, yo no los tomaría, no tomaría nada, estaría mejor. Pero al no salir, porque no salimos a ningún lado con mi esposo, en este momento, yo las necesito".*

**C.** toma analgésicos por un problema en la columna que le ha ocasionado una neuropatía y, Clonazepam, desde hace varios años, por problemas de sueño. En su relato hace especial hincapié en la prohibición expresa de dejar esta medicación por parte de sus mediques.

*“Los problemas del sueño los tengo desde siempre. Desde muy joven. Siempre. Hace más de 30 años que tomo pastillas para dormir. Tuve muchos problemas de sueño yo, y aparte pienso que también tuve problemas de pérdidas y emocionales. He perdido el sueño por un montón de cosas, por cuestiones familiares. Yo pienso que ahí empecé a tomar, porque a uno le agarra esa ansiedad a la noche (...) Para dormir tomo Rivotril. Hace muchísimos años lo tomo. No lo puedo dejar. Lo quise dejar el año pasado y me trajo taquicardia. Terminé en una guardia haciéndome un electro porque tenía una aceleración cardíaca (...) La doctora me dijo, lo que pasa es que dejaste esa medicación, y no se deja, no tenés por qué dejarla. Me dijo, lo tenés que seguir tomando porque si lo dejas te trae problemas cardíacos ¿por qué quisiste dejar? ¿Qué problema te trae? Ninguno, ¿y entonces por qué quisiste dejar? Y, así me lo dijeron muchos médicos cuando yo les pregunté. Mirá, escuchame, tenés que tomarlo, me dicen, no te va a hacer nada (...) Para mí lo que tomo de Rivotril es una estupidez, es nada. No es una adicción (...) Ya me lo dijeron cantidad de médicos, me dicen, sacate eso de la cabeza ¿de dónde sacaste que te vas a hacer adicta? Tenés que tomarlo y listo. Los medicamentos para eso se hicieron, para tomarlos”*

### 3.3 Consumo de alcohol

La mayoría de las entrevistadas refieren un consumo de alcohol ocasional y medido. Generalmente toman en fiestas, cumpleaños, eventos sociales o brindis por motivos especiales. Consumen sidra, vino y cerveza en bajas cantidades (uno o dos vasos). El consumo problemático ligado a la idea de “escapar de los problemas” es compartida

por varias entrevista-das, como también el criterio de frecuencia y de cantidad como parámetro para determinar cuando el alcohol se vuelve un problema. En este sentido, cabe señalar que muchas utilizaron diminutivos cuando se referían a lo que ellas beben.

**R.** tiene problemas con el alcohol desde la adolescencia y considera a su primera separación como el período más crítico de su adicción. En esa época, atravesó una profunda depresión, tuvo varios intentos de suicidio y sufrió importantes pérdidas.

*“A los 12 tomé alcohol por primera vez (...) fue en una fiesta que hicieron en mi casa. Los niños teníamos permitido tomar en Navidad, y más los que tenían más de 10 años. Tome sidra, 2 botellas de sidra me acuerdo que tomé esa noche, fue mi primera borrachera (...) Después que me separé de mi primer marido, me dejé estar. Me volqué al alcohol, era tomar todo el día. Hasta que llegó un día que me llevaron a internar porque me había agarrado como una alergia de tanto alcohol que tenía en sangre. Toqué fondo (...) Después de eso dije -esto no va más, y me fui de Capital (...) Nunca hice tratamiento para dejar de tomar. Cuando dejé, fue porque lo decidí. Así, de la noche a la mañana, y me alejé de todas las personas que me llevaban por ese carril (...) Lo decidí porque no me quería ver así, llegué a estar en el costado de las vías de Flores, totalmente alcoholizada. Llegar a mi casa hecha pis, sentirme ese olor en la boca, ya no quería eso para mí”*

La mayoría de las entrevistadas consideran que la sociedad, incluso ellas mismas, no juzga igual el consumo de alcohol en las mujeres que en los varones. Reconocen esta problemática en mujeres

mayores cercanas, sin embargo ubican que es un tema taboo del que, en general, no se habla y que se intenta ocultar.

*“Las mujeres tratan de que nadie se dé cuenta. En mi caso, de la puerta para afuera, todo alrededor, mis vecinos, siempre pensaron que yo y mi pareja éramos la pareja perfecta, pero de la puerta para adentro nadie sabía lo que pasaba (...) No podía contar, porque a mí me daba vergüenza (...) Siempre se va a ver peor para las mujeres, siempre. Al menos todos los que están alrededor mío, siempre lo vieron mal porque para las mujeres es horrible andar así. Es lo mismo a que te digan que sos una puta (...) Si estás en una reunión y te pasas de copas, no lo veo mal. Lo que sí veo mal, es que sea todos los días, que seas agresiva, que no pienses en vos. Si una se mira al espejo y se ve que está borracha o que tiene olor a alcohol, se supone que una como mujer debería decir – ¡No! esto no, porque no me veo bonita. Yo me miro al espejo constantemente y gracias a eso estoy acá hablando con vos, sino, no estaría” (R.)*

Dos entrevistadas relataron su problema de adicción al alcohol y como intentaron superarlo. Asimismo, varias hicieron referencia a historias de alcoholismo en varones de sus familias que, en algunos casos, utilizaron como parámetro de comparación para relativizar los propios consumos.

### 3.4 Consumo de tabaco

Más de la mitad de las entrevistadas refirieron haber fumado alguna vez en su vida. La mayoría había empezado a fumar a edades tempranas, acompañadas por un varón (amigo, familiar o pareja).

*“Fumaba desde chica, desde los 11 años (...) Mi papá era re fumador y el hombre que vivió conmigo, fumaba peor que mi papá. Y bueno, entonces fumé (...) Fumé un paquete por día, durante muchísimos años, hasta hace 7 meses” (H.)*

*“Fumo desde los 14 (...) Mi amigo, el más grande, le había sacado un paquete de 4370 al papá y todos quisimos probar. Esa fue la primera vez que probé el cigarrillo. Y desde ahí, fumo” (R.)*

*“Fumé desde los 18 más o menos. Me enseñó mi marido, porque yo no sabía y él fumaba. Y bueno, pero él no tiene la culpa, la culpa es mía, que me gustó (C)*

Las ex tabaquistas cuentan que participaron de programas grupales para abandonar el consumo pero en general estos tratamientos no fueron exitosos. Algunas estuvieron en abstinencia durante los embarazos o luego de eventos personales significativos, pero luego retomaron el consumo. La mayoría continuó fumando hasta la vejez y el cese definitivo se produjo por motivos de salud.

*“La única vez que dejé el cigarrillo del todo, durante 3 años, fue cuando me enteré que estaba embarazada de mi hijo varón porque lo busqué durante 10 años ese embarazo. O sea, a mí me dijeron “vas a ser mamá” y yo dejé todo, cero alcohol, cero, nada (...) Volví a fumar cuando falleció mi mamá” (R.)*

*“Hubo una temporada que dejé de fumar, en la época que murió mi papá, que fue en el año 91. Después nunca más dejé hasta ahora (...) Hice tratamientos para dejar; fui a “Chau pucho” en la iglesia San Nicolás de Bari y en Aróz y Marcelo T. de Alvear, que está Lalcec, fui a hacer cursos de expresión corporal, todo ese tipo de cosas. Creo que no funcionaron porque yo tenía ganas de seguir fumando” (H.)*

La mayoría de las entrevistadas creen que la adicción al tabaco se da en personas de distintas edades, clases sociales y es tan frecuente en mujeres como en varones. Varias coinciden en que el cigarrillo es una sustancia muy adictiva y de las más difíciles de abandonar.

*“Siempre pensé que el pucho era una cagada, y sin embargo fumaba, no podía parar. Lo mismo pensé con el alcohol, el alcohol ¡Qué asco! La cerveza, qué horror yo decía ¡Qué asco! Sin embargo después no podía parar, viste lo que es la adicción” (H.)*

*“El cigarrillo es una cosa que si uno está contento, fuma. Si estás en una salida social, fumas. Si hay algo que te motive, vamos a ponerle, emocionalmente, agarrás el cigarrillo. Se llama adicción, yo tuve adicción al cigarrillo (...) En este lugar donde fui para dejar el cigarrillo había mujeres y hombres de todas las edades, mucha gente de todo nivel (...) un señor me dijo -mira, yo tomaba, yo me drogaba, y lo que me estropeó fue el cigarrillo (...) Yo fui fumadora, entiendo a las mujeres que fuman, no creo que haya diferencias entre mujeres y hombres” (C.)*

En los relatos surgen también historias de varones cercanos a ellas que han desarrollado enfermedades graves por el tabaquismo y pese a esto no han dejado de fumar. Estos varones aparecen como incapaces de manejar sus impulsos; y por lo tanto, con mayores dificultades que ellas, para controlar la adicción.

*“Creo que la diferencia es que los hombres fuman muchísimo. Hay un caso cerca de mi casa de un hombre que tiene problemas, eso que tiene Sandro y no hace caso. Las muje-*

*res no son tanto. Más piensan que a las criaturas no les falte que en fumarse un cigarro, en cambio en los hombres ya es muy distinto, porque ellos están tomando y están fumando, están comiendo y están fumando. No hay un control en ellos” (S.)*

*“Yo estaba viviendo en pareja con una persona fumadora que iba para peor, seguía fumando operado. El año pasado falleció” (E.)*

### **3.5 Cambios en los patrones de consumo durante la cuarentena**

La mayoría de las entrevistadas refirieron que durante la cuarentena no aumentó significativamente su consumo de SP. Las dos entrevistadas que se declararon fumadoras, refirieron haber experimentado la necesidad de fumar más durante la cuarentena, sin embargo las limitaciones económicas hicieron que haya que “cuidar el paquete” lo que limitó el consumo a alrededor de 10 a 15 cigarrillos diarios. Otra de las entrevistadas refirió haber dejado de fumar durante la cuarentena, luego de 58 años de consumo.

*“Yo fumaba muchísimo pero hace 7 meses que no fumo (...) Ahora no tengo ganas de fumar, aparte yo sé que fumo una pitada y soné. No puedo ni oler el pucho, ya no puedo caer de nuevo, no me da el cuerpo” (H.)*

Una entrevistada contó que al inicio de la cuarentena sentía la necesidad de tomar más alcohol, para “bajar la ansiedad” y tranquilizarse. Ella cree que hubiese sido mucho más grave, a nivel de los daños en la salud, si hubiera retomado su hábito de fumar, por eso, considera al aumento de la ingesta de alcohol como un mal menor. De todas maneras, refiere que esa necesidad que sentía al

inicio del aislamiento, cedió con el tiempo y, actualmente ha regresado a las cantidades que consumía previamente.

Tres entrevistadas pidieron que se les indiquen psicofármacos durante la pandemia. **M.** solicitó tranquilizantes por sus problemas de sueño y por las preocupaciones por el bienestar de sus hijas que viven en Bolivia y su precaria situación económica, **A.** consultó un psiquiatra por sus síntomas ansiosos y **H.** solicitó un antidepresivo para adelgazar lo que engordó durante el confinamiento.

Un tema que apareció espontáneamente en varias entrevistas fue la preocupación por el aumento de peso. Muchas, vincularon al aislamiento con el aumento en la ingesta de alimentos e identificaron a ésta con un consumo problemático incentivado por los medios de comunicación y en los intercambios sociales y, como su mayor preocupación de salud actual.

*“Tengo ganas de consumir algo que me haga bajar de peso. Al médico de cabecera le dije -¿Me das Sertralina? ¿Me das una receta? Y no me quiso hacer. Yo tomo Clonazepam, es para bajar, porque a veces estoy muy acelerada (...) La Sertralina la quiero para parar de comer, para hacer una dieta. Es un antidepresivo, pero no me lo quiso dar, ¿y qué hago ahora? Dejé de fumar y engordé 10 kilos” (H.)*

### 3.6 Factores asociados al consumo problemático

En nuestro estudio pudimos observar que el consumo problemático de **SP** en la vejez estuvo vinculado a problemas con sustancias a lo largo de la vida. A su vez, las historias de abuso de alcohol y el consumo crónico de psicofármacos se relacionaron con situaciones de violencia en el ámbito del

hogar desde la infancia y antecedentes de consumo problemático en padres, hermanos, hijos y parejas.

*“Cuando **W.** tomaba, para mí era verlo a mi papá. Cada vez que se ponía a tomar era retroceder a la infancia (...) con su tono de voz me daba cuenta que estaba pasado de rosca y yo caminaba sobre huevos, me recordaba a mi infancia. Porque cuando mi p-pá tomaba, teníamos que hacer lo mismo (...) No es que golpeaba únicamente a mi mamá, golpeaba a todos. **W.** es igual. Al otro día viene -Ma, discúlpame (...) Y a todo esto veía a mi hijo y él me decía - Mamá, ¿Por qué estás con él? Yo le decía -¿Sabés por qué estoy con él? porque es el que maneja la casa, el que paga el alquiler, el que me da de comer. Yo ya no puedo trabajar como antes” (R.)*

Los problemas familiares, particularmente las relaciones distantes o conflictivas con los hijos e hijas, también fueron frecuentes en quienes presentaban un consumo problemático de alcohol o un consumo crónico de psicofármacos. En esos casos, se reiteró el relato de episodios depresivos de varios años de duración.

Las entrevistadas que experimentaron consumos problemáticos a lo largo de su vida, expresaron que las prácticas de consumo (y la transmisión de las mismas) eran naturalizadas dentro de sus entornos sociales.

*“En mi familia no me decían nada porque eran todos fumadores, ¿Qué me iban a decir? tenía mucha gente alrededor fumadora” (C.)*  
*“Mi papá era alcohólico y mi mamá también, los dos murieron por lo mismo. O sea, que ya vengo de una familia de alcohólicos” (R.)*

Por otro lado, se halló que las mujeres migrantes presentaron menores niveles de consumo de SP legalizadas.

#### 4. Conclusiones

Los resultados de la investigación acompañan las conclusiones de estudios precedentes realizados en mujeres en Argentina que sostienen que los procesos de estigmatización y discriminación determinan modalidades específicas de consumo en este grupo y que existe una sobrerrepresentación de las mujeres en el consumo de psicofármacos (Maffia et al., 2011; Jeifetz, 2016; Parga, 2016).

Cabe mencionar que no fue posible contrastar los hallazgos con investigaciones realizadas específicamente en mujeres mayores dado que durante la búsqueda bibliográfica realizada durante investigación no se encontró ningún estudio epidemiológico, ni trabajo de investigación realizado desde el área gerontológica, desde la terapia ocupacional, desde los estudios de género o desde el campo de las adicciones, que estudie el consumo de SP específicamente en mujeres mayores en la Argentina (Portela, 2021)

Por este motivo y a pesar de las limitaciones de la presente investigación, producto en gran medida de los cambios en el diseño necesarios para desarrollarla durante la fase más restrictiva de la pandemia; sus hallazgos permiten a las/los terapistas ocupacionales que se desempeñan en el área de la gerontología y de salud mental mejorar su comprensión de un fenómeno tan prevalente como invisibilizado, como es el consumo de SP en las mujeres mayores.

En la investigación realizada la mayoría de las mujeres se reconocía como consumidora habitual de SP legalizadas, y entre ellas, la más referida como sustancia de consumo actual, fueron los psicofármacos, específicamente los ansiolíticos. Estos hallazgos concuerdan con los de Bustin et al (2019) y

los de Fajreldines et. al (2018) que llaman la atención sobre las diferencias significativas en las tasas de prescripción de varones y mujeres; siendo las mujeres mayores quienes reciben el 75% de las recetas de psicofármacos con un riesgo significativamente mayor de prescripciones inapropiadas en comparación con los varones.

La investigación realizada permite ubicar algunas particularidades del consumo de SP en las mujeres mayores que lo alejan de la representación social del consumo problemático de drogas; frecuentemente asociado a la juventud, al delito, a la marginalidad y, principalmente, al consumo de sustancias ilegales.

En las mujeres mayores la modalidad de consumo, la forma de acceso a las sustancias, el tipo de drogas usadas y la connotación de su uso es totalmente diferente. Ellas suelen consumir en el hogar y prefieren las drogas legalizadas (psicofármacos, alcohol, tabaco) que pueden adquirir sin adentrarse en circuitos de marginalidad. El consumo en las mujeres mayores no está asociado al delito y no causa alarma, por el contrario, es un consumo socialmente tolerado y, en el caso de los psicofármacos, es inclusive fomentado como modo de afrontamiento del malestar cotidiano. Por estos motivos es frecuentemente invisibilizado e ignorado pese a los graves efectos sobre la salud que acarrea el consumo crónico.

Esta “accesibilidad simbólica” que se observa particularmente en el uso de psicofármacos, parece estar estrechamente vinculada a la “indicación médica”, la cual le permite desmarcarse de los prejuicios ligados a otras sustancias y resguarda a sus usuarias de las sanciones sociales que pesan sobre las mujeres que utilizan otras SP más estigmatizantes, como son, por ejemplo, las sustancias ilegalizadas. Además, en el grupo estudiado, cobra

peso también la “accesibilidad económica” de la sustancia ya que el costo de los psicofármacos es, en muchos casos, absorbido por la cobertura salud.

Con respecto al consumo de alcohol, la mayoría de las entrevistadas negó un consumo habitual y coincidieron en que el abuso del alcohol es significado y valorado de un modo muy distinto cuando se produce en varones o mujeres, siendo más estigmatizante para las mujeres mayores, motivo por el cual, es una práctica velada y vergonzosa que suele ocultarse. El ocultamiento estaría condicionado por lo que culturalmente se espera de las mujeres y resulta un mecanismo de protección ante las mayores sanciones que deben soportar cuando se alejan de la definición social de lo que debe ser el comportamiento femenino. La estigmatización, al ser mal juzgadas y rechazadas por amigos/as y familiares, llevó a las entrevistadas que atravesaron historias de dependencia con esta sustancia a alejarse de sus familias e intentar afrontar el problema solas, sin demandar ayuda, y llegando a situaciones de alto riesgo para su salud.

El tabaquismo, por su parte, fue identificado como uno de los hábitos más nocivos y difíciles de abandonar. Y, si bien varias mujeres mencionaron haber hecho tratamientos, la mayoría logró dejar de fumar recién en la vejez, siendo los problemas de salud, el principal motivo del cese. Las entrevistadas que continuaban fumando, afirmaron que el consumo durante la pandemia no varió significativamente debido, principalmente a las limitaciones económicas que experimentaron.

Durante la pandemia, los motivos que movían a las mujeres entrevistadas al consumo se vieron exacerbados (preocupaciones familiares y económicas, sentimientos de soledad, aislamiento, depresión, ansiedad, insomnio) y esto llevó a algunas de ellas a solicitar la prescripción de tranquilizantes,

somníferos y antidepresivos o a aumentar la ingesta de alcohol.

En sus relatos se hace evidente la incapacidad del equipo de salud de ofrecer una respuesta distinta de la farmacológica ante las problemáticas que las mujeres mayores planteaban en la consulta. Desde las incumbencias y especificidades del rol de la Terapia Ocupacional en el campo gerontológico y de la salud mental debe considerarse el abordaje de los problemas que subyacen al uso crónico de psicofármacos en las mujeres mayores a partir del desarrollo de dispositivos interdisciplinarios que incorporen la perspectiva de género y que contemplen las características diferenciales del fenómeno del consumo en la vejez. En este sentido, los espacios de reflexión, intercambio y soporte social entre mujeres son recursos sumamente valiosos que permiten abordar las causas sociales y personales del consumo y favorecen la construcción de lazos y de alternativas para la gestión colectiva de los malestares socialmente inducidos.

En conclusión, a pesar de las limitaciones que implicó el desarrollo de esta investigación durante la pandemia, sus resultados aportan a mejorar la información sobre las experiencias, las condiciones de vida, los sentimientos y los motivos que mueven a las mujeres mayores de clases populares urbanas al consumo, a la vez que visibilizan una temática que es frecuentemente ignorada. Profundizar la investigación en esta temática es indispensable para el diseño de políticas y estrategias de salud que respondan a los desafíos específicos que plantea la edad, el género y los determinantes sociales en los consumos problemáticos y es también un área de competencia de la Terapia Ocupacional.

**Financiamiento:** Este trabajo de investigación fue seleccionado en la Convocatoria 2019-2021 de Becas de Investigación del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Men-tal y Adicciones “Lic L. Bonaparte”. La institución que otorgó la beca no tuvo influencia en el diseño del estudio, su implementación o en el análisis e interpretación de los datos que aquí se presentan.

A Mariela Rodríguez, directora de este proyecto, por confiar en mí y por tu generosidad para compartir tus conocimientos.

A Mildred Yascara Correa Lima, Chiara Veneziale y Teresa Ragni, referentes barriales de las organizaciones sociales donde se desarrolló el estudio; por su trabajo incansable y su militancia por una sociedad más justa.

**Agradecimientos:**

A Verónica García Ariceta, compañera de ATL, por su apoyo y lectura atenta.

## 5. Referencias

Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Editorial Akal.

Bustin, J., Triskier, F., Arakaki, J., Pérez Blanco, J., Urtasun, M., Cañas, M., Gaido, E., Estigarribia, N., Regueiro, A. y Mastai, R. (enero- febrero 2019). *Prescripción de psicofármacos a personas mayores en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de Argentina* (PAMI). *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 30 (143), 70-78. Recuperado de <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/244>

Castro Toschi, R. (2011). *Caracterización de pacientes de 60 años y más que ingresan a salas de urgencias por uso indebido de alcohol y drogas*. Argentina, diciembre de 2003 y octubre de 2005. *Revista de Salud Pública*, 16 (1), 48-62. Recuperado de <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v16.n1.6914>

Fajreldines, A., Schnitzler, E., Insua, J. Valerio, M. Davide, L. y Pellizzar M. (2018). *Reducción de prescripción inapropiada y eventos adversos a medicamentos en ancianos hospitalizados*. *Revista Medicina*, 78 (1), 11-17. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802018000100003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000100003)

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Estadísticas y Censos. (2020) Encuesta Anual de Hogares 2019. Estructura de la población. Recuperado de [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/08/ir\\_2020\\_1483.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/08/ir_2020_1483.pdf)

INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Jeifetz, V. (2016) *Adicciones y género. El problema de la equidad en la adherencia al tratamiento*. [Ponencia] XII Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población: “Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas”. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. CABA, Argentina.

Maffia, D., Colace, P. y Lerena, S. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. *Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones*. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2008). *Consumo de sustancias en adultos mayores: un problema olvidado*. Recuperado de [https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_50566\\_ES\\_TDAD08001ESC\\_web.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566_ES_TDAD08001ESC_web.pdf)

Parga J. (2016) Salir del Bardo. *Etnografía de las políticas públicas de abordaje del consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011)*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de [http://naturalis.fcnym.unlp.edu.ar/repositorio/documentos/tesis/tesis\\_1458.pdf](http://naturalis.fcnym.unlp.edu.ar/repositorio/documentos/tesis/tesis_1458.pdf)

Portela, A. (2021) *El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores en la Argentina*. Investigación bibliográfica 2010-2020. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7 (1) 83-92. Recuperado de <https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2021jul-art4.pdf>



Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores de 60 años de clases populares de la Ciudad de Buenos Aires en el contexto de la pandemia por COVID19 está distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).