

2023

EL LIBRO BLANCO DE LAS ADICCIONES EN PERSONAS MAYORES

UN DIAGNÓSTICO
DE LARES Y UNAD
CON LA PERSPECTIVA
DE GÉNERO



Grupo Social LARES

Autoría:

Marta J. Sánchez-Laulhé Dégano

Año 2023

Financiado por



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

ÍNDICE

Introducción	5
1. Contextualización del estudio	7
Las personas mayores y las adicciones	8
Adicciones	9
Estereotipos y estigmas sociales	10
Estereotipos y estigmas sociales asociados a las personas mayores con adicciones	11
Estereotipos y estigmas asociados a las personas mayores	11
Estereotipos y estigmas asociados a personas mayores con adicciones	11
Estereotipos y estigmas asociados a las mujeres con adicciones	11
Diferencias de género en el consumo o en el comportamiento adictivo	13
Prevención y tratamiento de adicciones	14
2. Objetivos	15
3. Metodología	17
4. Resultados cuantitativos (2022)	21
Resultados desde una perspectiva de género	24
Sustancias legales	26
Sustancias ilegales	27
Farmacología	28
Juego	28
5. Resultados cualitativos	31
Resultados de mujeres mayores con adicciones	32
Resultados de hombres mayores con adicciones	37
6. Conclusiones	41
7. Propuestas	45
Bibliografía	49
Anexos	53
Anexo I: notas y aclaraciones sobre el desarrollo de la entrevista	53
Anexo II: guión entrevista	56
Anexo III: consentimiento informado	64

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del programa de Lares & Unad “Investigación sobre personas mayores en riesgo de exclusión social con problemas de adicciones desde la perspectiva de género” es aumentar el conocimiento disponible en materia de personas mayores con problemas de adicciones desde una perspectiva de género.

Tras el éxito de la investigación realizada durante 2022 “PERSONAS MAYORES Y ADICCIONES: UN DIAGNÓSTICO DE LARES Y UNAD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO” este año el Observatorio LARES junto con UNAD vuelven a unir sus fuerzas y se proponen seguir desgranando la realidad de las personas mayores más invisibilizadas. En esta edición, la intención de la investigación es realizar un acercamiento más cualitativo a la problemática de las adicciones en personas mayores, para complementar el dimensionamiento cuantitativo de la anterior edición.

La finalidad de esta segunda edición es entender el cómo y el por qué de esta problemática a través de diez entrevistas en profundidad de personas que tienen o hayan tenido algún tipo de consumo o comportamiento relacionado con la adicción, conocer mejor las historias de vida y los condicionantes a los que se han enfrentado. El objetivo es escuchar la voz a las personas protagonistas, sus diferentes etapas vitales y las encrucijadas de éstas con las adicciones presentes o pasadas.

La meta final es reunir en una sola publicación la investigación cuantitativa realizada y la cualitativa que se ha realizado durante este año, para poder plasmar las conclusiones en un **LIBRO BLANCO DE LAS PERSONAS MAYORES CON ADICCIONES** y que sirva como documento de referencia a profesionales que lidian con estas situaciones en los centros y ponga de manifiesto esta realidad repetidamente invisibilizada.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

El presente libro blanco tiene como objetivo principal arrojar luz sobre la problemática de las adicciones en las personas mayores en España con especial mirada en la cuestión de género. A través de un análisis exhaustivo, se busca comprender las causas subyacentes, los factores de riesgo y las consecuencias físicas, emocionales y sociales que enfrentan las personas mayores con adicciones y, en especial, las mujeres mayores que están más invisibilizadas.

Además, se examinarán las políticas y estrategias de prevención, tratamiento y apoyo existentes en España, así como las buenas prácticas y experiencias que pueden ser aplicadas en nuestro contexto. Se hará especial hincapié en la importancia de una atención integral y centrada en la persona, considerando las particularidades y necesidades específicas de este grupo etario.

Se espera que este libro blanco sirva como una herramienta útil para profesionales de la salud, investigadores/as, responsables de políticas públicas, así como toda persona interesada en comprender y abordar de manera efectiva las adicciones en las personas mayores en España. Nuestro objetivo final es mejorar la calidad de vida y el bienestar de este grupo poblacional, promoviendo una sociedad más inclusiva y comprometida con las necesidades de todas las personas, sin importar su edad ni su género.

En España, al igual que en muchos otros países, el envejecimiento de la población es una realidad innegable. Este fenómeno trae consigo nuevos desafíos y problemáticas que deben ser abordados de manera integral. Uno de estos desafíos es el creciente número de personas mayores que enfrentan adicciones. En este contexto, además, España ha experimentado un aumento significativo en la esperanza de vida, lo que ha generado cambios en las necesidades y demandas de la población mayor. Sin embargo, es importante reconocer que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que existen diferencias significativas, especialmente en función del género.

El consumo problemático de sustancias y las adicciones en las personas mayores son un problema complejo y multifacético que requiere una atención especializada. La falta de conocimiento sobre esta realidad ha llevado a que muchas veces las necesidades de este grupo poblacional sean pasadas por alto.

LAS PERSONAS MAYORES Y LAS ADICCIONES

Según las proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, se espera que la población del país continúe envejeciendo y experimente un crecimiento lento en las próximas décadas. Se estima que el grupo de edad de 65 años y más aumente significativamente en los próximos años. Para el año 2030, se calcula que representarán aproximadamente el 25% de la población total, y para el año 2050, se espera que alcancen alrededor del 34%. Asimismo, la esperanza de vida al nacer en España ha aumentado constantemente en las últimas décadas y se espera que continúe aumentando en el futuro. Se prevé que para el año 2050, la esperanza de vida para hombres y mujeres alcance los 85 años.

El término "persona mayor" se refiere a una persona que ha alcanzado una edad avanzada en relación con la esperanza de vida promedio de una población determinada. Sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada de cuándo una persona se considera "mayor" en términos de edad cronológica.

En general, se suele considerar que una persona es mayor cuando alcanza los 65 años o más. Esta edad se utiliza comúnmente en muchos países, incluyendo España, como el punto de referencia para la jubilación y el acceso a beneficios y servicios relacionados con la vejez.

No obstante, es importante tener en cuenta que la edad cronológica por sí sola no es suficiente para definir a una persona como mayor. Otros factores como la salud, la autonomía, la calidad de vida y la participación social también son relevantes para comprender la experiencia y las necesidades de las personas mayores.

Es fundamental reconocer la diversidad dentro de este grupo poblacional, ya que las personas mayores pueden tener diferentes capacidades, intereses, circunstancias socioeconómicas y culturales. Por lo tanto, es importante adoptar un enfoque centrado en la persona y considerar las necesidades individuales al abordar cuestiones relacionadas con las personas mayores.

Pues bien, se entiende en este estudio por personas mayores a aquellas que tengan una edad igual o superior a los 55 años. Se ha escogido a este grupo de edad por una razón, el envejecimiento precoz de aquellas personas que han tenido una trayectoria de consumo durante edades más tempranas. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías afirma que "el envejecimiento puede causar problemas psicológicos, sociales y de salud que actúan como factores de riesgo para el abuso de sustancias, pero que también pueden agravarse por el consumo de sustancias"

Existen dos tipos de perfiles respecto a este grupo de edad: supervivientes y reactivos/as, el primero se refiere a personas que han iniciado sus adicciones a edades tempranas y el segundo hace referencia al surgimiento de las adicciones en edades más tardías. "Las personas pertenecientes al primer grupo, suelen tener una larga historia de consumo de sustancias que persiste en la vejez, mientras que las personas de iniciación tardía suelen empezar a consumir sustancias debido a algún acontecimiento estresante, como la jubilación, el fracaso matrimonial, el aislamiento social o la pérdida de un ser querido, así como a los denominados malestares de género" (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2008)

Respecto a los perfiles de iniciación tardía, según Simoni-Wastila y Yang (2006) existen algunos factores como "el género [...] vivir solo, el aislamiento social, dificultades económicas o la pérdida de un ser querido [...] problemas médicos como el deterioro cognitivo, demencia, dolor crónico y una historia previa de abuso de sustancias o trastorno mental, así como estar en tratamiento con fármacos psicoactivos" que potencian el desarrollo de las adicciones en las personas mayores.

ADICCIONES

Las adicciones suponen un problema biopsicosocial que supone la pérdida de control sobre el impulso relacionado con la frecuencia, intensidad, duración, terminación o contexto que conduce a la búsqueda compulsiva de la sustancia o actividad adictiva.

Las adicciones se caracterizan por afectar de manera negativa para la vida cotidiana en general y sobre otras esferas de la persona (familia, trabajo, estudios, relaciones, etc.), priorizando el consumo de la sustancia/as sobre otros intereses de la vida y/o actividades diarias. El consumo prolongado de determinadas sustancias puede dar lugar a la tolerancia (necesidad de aumentar la dosis o la frecuencia para obtener el mismo efecto) y el posterior craving como el intenso deseo que una persona experimenta y que puede surgir como resultado de la dependencia física o psicológica que se desarrolla con el uso continuado de sustancias, así como la aparición de síndrome de abstinencia cuando se intenta dejar de consumir o participar en la conducta adictiva.

El término “craving” se refiere a un intenso deseo o ansia que una persona experimenta por consumir una droga específica. Este deseo intenso puede surgir como resultado de la dependencia física o psicológica que se desarrolla con el uso continuado de sustancias adictivas.

Es importante destacar que las adicciones pueden afectar a personas de cualquier edad, género o condición socioeconómica. Requiere de tratamiento profesional, que puede incluir terapia individual, terapia grupal, apoyo de familiares y amigos, y en algunos casos, medicación. La detección temprana y la intervención adecuada son fundamentales para superar una adicción y recuperar una vida saludable y equilibrada.

Según la Encuesta Sobre Alcohol, Drogas Y Otras Adicciones En Mayores De 64 Años En España (2019/2020), elaborada por el Plan Nacional Sobre Drogas, algunas de las adicciones más comunes en España son:

- Adicción a los medicamentos: El abuso o la dependencia de medicamentos recetados, como los opioides o los sedantes, es una preocupación creciente en personas mayores. Pueden surgir debido a una necesidad de aliviar el dolor crónico, problemas de sueño, depresión o ansiedad, así como los denominados malestares de género. El hecho de que en la mayoría de los casos sea una sustancia recetada por una persona del sector sanitario favorece la legitimización del consumo e invisibiliza el consumo problemático de los fármacos.
- Adicción al alcohol: El abuso o consumo problemático de alcohol es una realidad habitual en personas mayores. Puede desarrollarse por multitud de motivos a lo largo de los años debido a diferentes factores, entre ellos es necesario recordar que el consumo de alcohol está permitido y normalizado en la sociedad, lo que facilita su acceso y posterior consumo.
- Adicción a las sustancias ilegales: Algunas personas mayores pueden desarrollar adicciones a este tipo de sustancias, siendo la mayoría supervivientes que desarrollaron este tipo de adicción en etapas anteriores de sus vidas.

Es importante tener en cuenta que estas son generalizaciones y que todos los tipos de adicciones pueden afectar a personas de cualquier edad y por multitud de razones, ya que este estudio se enfrenta a un grupo poblacional heterogéneo. Además, es posible que una persona presente más de una adicción a la vez.

ESTEREOTIPOS Y ESTIGMAS SOCIALES

Un estereotipo es una creencia o idea generalizada y simplificada que se tiene sobre un grupo de personas o cosas. Los estereotipos suelen ser basados en suposiciones o prejuicios y pueden ser tanto positivos como negativos. Estas creencias pueden estar arraigadas en la cultura, la sociedad o las experiencias personales, y a menudo se transmiten de generación en generación.

Los estereotipos pueden ser útiles para simplificar y clasificar información en nuestra mente, pero también pueden ser perjudiciales, ya que pueden dar lugar a generalizaciones injustas, discriminación y prejuicios hacia ciertos grupos de personas. Es importante reconocer que los estereotipos no representan la realidad completa y que cada individuo es único y no debe ser juzgado en función de estereotipos.

Un estigma social es una marca o etiqueta negativa que se le asigna a una persona o grupo debido a características o comportamientos percibidos como desviados o diferentes por la sociedad. Estos estigmas pueden basarse en características como la edad, la raza, el género, la orientación sexual, la discapacidad, la enfermedad mental, la adicción u otras características que se consideren socialmente inaceptables o estigmatizadas.

El estigma social puede tener un impacto significativo en la vida de las personas que lo experimentan. Puede llevar a la discriminación, al rechazo social, la marginación y la exclusión de oportunidades y derechos básicos. Además, puede afectar a la autoestima, la salud mental y el bienestar general de las personas estigmatizadas.

El estigma social es una construcción social y no refleja necesariamente la realidad o la verdad sobre una persona o grupo. Es fundamental trabajar para desafiar y eliminar los estigmas sociales, promoviendo la inclusión, la igualdad y el respeto hacia todas las personas, independientemente de sus diferencias.

ESTEREOTIPOS Y ESTIGMAS SOCIALES ASOCIADOS A LAS PERSONAS MAYORES CON ADICCIONES

Es fundamental desafiar estos estigmas y estereotipos, y reconocer que las personas mayores con adicciones merecen recibir apoyo y tratamiento adecuado. Es importante promover una visión más inclusiva y comprensiva de las adicciones, reconociendo que pueden afectar a personas de todas las edades y entendiendo que merecen la oportunidad de recuperarse y vivir una vida plena y saludable. Esta población se enfrenta a diferentes estigmas, que se interrelacionan, asociados, por un lado, a la vejez y, por otro, a la adicción y, en el caso de las mujeres, a estigmas relacionados con el género.

Estereotipos y estigmas asociados a las personas mayores

- Frálgiles física o emocionalmente, lo que puede llevar a subestimar su capacidad de realizar ciertas actividades o asumir responsabilidades.
- Dificultad para adaptarse a los avances tecnológicos o menor habilidad en el uso de dispositivos electrónicos.
- Menor productividad o que ya no tienen nada que aportar a la sociedad, lo que puede llevar a su marginación laboral o social.
- Dependientes: Se tiende a asumir que son dependientes y necesitan constantemente cuidados o asistencia, sin tener en cuenta su autonomía y capacidad para cuidarse a sí mismas.
- Resistencia al cambio o a nuevas ideas, lo que puede llevar a subestimar su capacidad de adaptación y aprendizaje.

Estereotipos y estigmas asociados a personas mayores con adicciones

- Doble estigma: tanto por su edad como por su adicción. Esto puede hacer que sea aún más difícil para ellas buscar ayuda y recibir el apoyo necesario o tener mayor dificultad para acceder a servicios de tratamiento adecuados. Pueden ser subestimadas o recibir un nivel inferior de atención en comparación con las personas más jóvenes.
- Invisibilización: Existe una tendencia a ignorar o no reconocer la existencia de personas mayores con adicciones. Se asume erróneamente que las adicciones son un problema exclusivo de los/as jóvenes, lo que puede llevar a que las personas mayores no reciban la atención y el apoyo adecuados.
- Falta de comprensión y empatía: se pueden hacer juicios rápidos y estereotipados, sin tener en cuenta los factores complejos que pueden haber contribuido a su adicción.
- Se puede asumir que no tienen la capacidad de cambiar y recuperarse o "que no vale la pena".

Estereotipos y estigmas asociados a las mujeres con adicciones

- Son juzgadas más duramente que los hombres en situaciones similares. Se les puede culpar o estigmatizar por no cumplir con las expectativas tradicionales de género, como ser madres o cuidadoras.

- Se les puede estigmatizar como madres irresponsables o negligentes, asumiendo que su adicción ha afectado o afecta negativamente a sus hijos/as.
- A menudo son etiquetadas con términos más despectivos en comparación con los hombres, lo que puede llevar a la estigmatización y a la pérdida de autoestima.
- Pueden ser vistas como débiles o incapaces de controlar sus impulsos, lo que refuerza estereotipos de género negativos y perpetúa la estigmatización.
- Se tiende a asumir que son sexualmente promiscuas o incluso se asocia a la prostitución.
- Se les puede considerar como personas sin fuerza de voluntad o autocontrol, lo que puede llevar a culparlas por su adicción y minimizar los factores externos que pueden influir en ellas.
- Pueden ser excluidas socialmente, lo que dificulta su recuperación y reinserción en la sociedad.
- Doble y triplemente estigmatizadas: por tener una adicción, por ser mujeres y, en el caso de estudio, por ser mayores. Esto puede dificultar aún más su búsqueda de ayuda y apoyo, ya que pueden sentir vergüenza o temor al ser juzgadas.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO O EN EL COMPORTAMIENTO ADICTIVO

Mujeres y hombres se enfrentan a diferentes factores de riesgo en lo que respecta al consumo y deben afrontar distintas barreras de acceso a los recursos de atención. Algunas diferencias se refieren a:

- Estigma social: Las mujeres enfrentan un mayor estigma social asociado con el consumo de sustancias o comportamientos problemáticos, especialmente aquellas con hijos/as. Esto dificulta enormemente su petición de ayuda, acceso a los recursos de atención y mantenimiento en los tratamientos.
- Motivaciones y patrones de consumo: Las mujeres pueden tener diferentes motivaciones y patrones de consumo en comparación con los hombres asociados a los estereotipos, roles y mandatos respecto al género. Por ejemplo, las mujeres consumen en mayor medida en el ámbito privado, mientras que, en los hombres, es más habitual el consumo en el ámbito público.
- Barreras para buscar ayuda: Las mujeres enfrentan barreras adicionales para buscar tratamiento y apoyo.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN ADICCIONES

En España, se han implementado diversas políticas de prevención y tratamiento para abordar el problema del consumo. Algunas de estas políticas incluyen:

- Plan Nacional sobre Drogas: nacido en 1985 es el principal instrumento de coordinación y planificación en España en materia de consumo. Este plan se centra en la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la reinserción social de las personas con problemas de adicciones. Se implementan acciones a nivel nacional y se establecen acuerdos de colaboración con las comunidades autónomas.
- Programas de prevención: Se llevan a cabo programas de prevención de las adicciones con y sin sustancia, en escuelas, centros educativos y ámbitos comunitarios. Estos programas se enfocan en proporcionar información, habilidades para la vida y promoción de estilos de vida saludables.
- Recursos de atención: La Red UNAD cuenta con más de 200 entidades distribuidas por todo el territorio nacional. Realizan tareas de prevención y sensibilización, y ofrecen servicios de atención a las adicciones con y sin sustancia, así como asesorías jurídico-legales, formación laboral y apoyo a las familias. De igual forma, se cuenta con recursos de reducción de riesgos y daños.
- Restricciones legales y regulaciones: España cuenta con regulaciones y leyes que controlan la distribución de alcohol y otras drogas, así como el acceso al juego. Estas regulaciones incluyen la prohibición de la venta a menores de edad, restricciones a la publicidad y promoción dirigida a grupos vulnerables, y regulaciones sobre el etiquetado y la presentación de productos.

Es importante destacar que estas políticas se implementan a nivel nacional y también pueden variar en función de las políticas y enfoques adoptados por las comunidades autónomas en España. Además, se fomenta la colaboración entre diferentes sectores, como salud, educación, justicia y sociedad civil, para abordar de manera integral el problema de las adicciones.

2. OBJETIVOS

La realidad que conjuga envejecimiento y adicciones ha sido tradicionalmente un tema tabú, una realidad invisibilizada. Pero cada vez se pone más en relieve que las personas mayores son un grupo poblacional muy heterogéneo en el que existen diferentes formas de envejecer y un amplio abanico de opciones para hacerlo. Además, las dinámicas sociales dentro de este grupo poblacional han sido tradicionalmente poco estudiadas y, precisamente por ser un tema tabú, son pocos los estudios que han investigado la realidad de las personas mayores con adicciones.

El objetivo principal de esta publicación es la creación de un Libro Blanco que sirva de guía de entendimiento y estrategia en relación con el modo de abordar la realidad de las personas mayores y las adicciones, haciendo mayor hincapié en las mujeres, quienes se encuentran aún más invisibilizadas. Se pretende comprender en profundidad las experiencias y percepciones de las personas mayores que han desarrollado adicciones. Se busca obtener una perspectiva integral sobre los factores que contribuyen al desarrollo de las adicciones en esta población, así como las estrategias y recursos que utilizan para hacer frente a dichas adicciones. Para ello se plantean además una serie de objetivos específicos:

- Ahondar en el conocimiento de la problemática de las adicciones en personas mayores utilizando la investigación cualitativa para conocer a perfiles clave para el entendimiento y poner en valor las historias de las mujeres tradicionalmente invisibilizadas, aplicando la perspectiva de género en todas las fases del estudio y la publicación.
- Agrupar los resultados cualitativos con los resultados de la investigación "Personas mayores y adicciones: un diagnóstico de Lares y UNAD con perspectiva de género" para obtener una perspectiva más amplia de la problemática principal.
- Transferir el conocimiento adquirido con la publicación del "Libro Blanco de las personas mayores y sus adicciones".
- Sensibilizar a profesionales y voluntariado, además de a la sociedad en general, sobre las diferentes realidades de las personas mayores con adicciones.

3. METODOLOGÍA

Esta investigación ha utilizado un enfoque metodológico cualitativo, apoyado en un estudio previo cuantitativo realizado en 2022. Para complementar la información obtenida se han realizado entrevistas en profundidad a personas que hayan experimentado o estén experimentando algún tipo de adicción. El objetivo de utilizar este enfoque es garantizar que nuestra investigación sea exhaustiva y rigurosa, y permita obtener la mayor cantidad de datos necesarios para el estudio, al observar el fenómeno desde diferentes perspectivas. Además, ha sido imprescindible un previo acercamiento a la problemática de esta investigación a través del estudio de documentación previa.

En este diseño, se busca que las aplicaciones sean independientes una de la otra. Por tanto, ha sido importante tener precaución al tratar los resultados, ya que no son comparables ni compatibles. Aunque enriquecen los resultados al proporcionar información más diversa, no se deben confundir. Por lo tanto, el método cuantitativo se encargará de recopilar los datos ya analizados y publicados en un estudio anterior, mientras que el método cualitativo se enfocará en una estrategia de casos a través de entrevistas semiestructuradas. Sin embargo, el enfoque predominante será el cualitativo.

La intención de este estudio es proporcionar una visión más amplia de las personas mayores con adicciones, centrándose especialmente en las mujeres dentro de este grupo. El enfoque de investigación es sincrónico y transversal, lo que significa que se llevará a cabo en un solo período de tiempo, a lo largo de este año. Sin embargo, en el futuro sería interesante realizar un estudio longitudinal para observar la evolución de comportamientos y actitudes en este grupo social, que está experimentando un aumento tanto en tamaño como en esperanza de vida.

En la parte cualitativa de la investigación se ha utilizado la estrategia de estudio de casos teniendo en cuenta los recursos disponibles y los objetivos. Se han realizado 10 entrevistas en profundidad seleccionadas mediante la técnica de muestreo en bola de nieve. Esta técnica se utiliza cuando es difícil encontrar participantes potenciales o cuando la muestra está limitada a un subgrupo pequeño de la población. Las entrevistas recogen discursos que complementan los datos cuantitativos obtenidos anteriormente, generando conclusiones más completas.

Para el estudio, se tomarán en cuenta diez personas mayores de 55 años residentes en España que tienen o han tenido alguna adicción, y que están de algún modo institucionalizadas y asociadas al grupo Lares o UNAD. Las unidades de observación deben cumplir con los atributos y categorías seleccionadas: rango de edad, sexo y tipo de adicción. Estas categorías incluyen personas mayores de 55 años, con equidad entre hombres y mujeres, y personas con experiencias de abuso de sustancias legales o ilegales, abuso de medicación y/o comportamientos adictivos relacionados con el juego.

Se buscan perfiles que estén motivados y disponibles para compartir su historia personal, garantizando el anonimato (es necesario que las personas entrevistadas firmen un documento de consentimiento informado antes de participar en el estudio que encontramos en el anexo de este estudio). Idealmente, se busca perfiles con experiencias únicas y enriquecedoras para el estudio. Es importante que su deterioro cognitivo no esté avanzado y que hayan experimentado o estén experimentando situaciones relacionadas con el consumo de sustancias o comportamientos adictivos.

Es posible que los perfiles se mezclen debido a la interacción entre diferentes adicciones, pero la persona entrevistadora ha dirigido la conversación hacia los temas específicos por los que se seleccionó a la

persona entrevistada. Estos perfiles son accesibles, dispuestos y capaces de proporcionar información relevante y beneficiosa para los objetivos de la investigación.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la técnica de muestreo en bola de nieve puede generar sesgos en la selección de las personas entrevistadas.

Dado que la muestra es heterogénea, se espera que la información recopilada sea suficiente, diversa y permita obtener una variedad de perspectivas diferenciadas.

Finalmente, los perfiles utilizados para esta investigación son los siguientes:

1. Mujer, 61 años, residente de Gran Canaria y con experiencias relacionadas con adicción a las sustancias ilegales y con situaciones de violencia de género.
2. Mujer, 55 años, residente en Barcelona y con adicción a sustancias ilegales y con situaciones de violencia de género.
3. Mujer, 66 años, residente en Logroño y con experiencias relacionadas con adicción al alcohol.
4. Mujer, 86 años, residente en Madrid, con experiencias relacionadas al consumo de tabaco.
5. Mujer, 90 años, residente en Ávila, con experiencias relacionadas con consumo abusivo de farmacología.
6. Hombre, 85 años, residente en Ávila, con experiencias relacionadas con adicción al alcohol.
7. Hombre, 67 años, residente en Bilbao, con experiencias relacionadas con comportamientos de adicción al juego.
8. Hombre, 74 años, residente en Alicante y con experiencias relacionadas con el consumo adictivo de alcohol.
9. Hombre, 65 años, residente en Alicante y con experiencias relacionadas con el consumo adictivo al tabaco y al alcohol.
10. Hombre, 68 años, residente en Zaragoza y con experiencias relacionadas con comportamientos adictivos al juego.

La entrevista se desarrolla siempre bajo control y dirección del personal entrevistador, aunque esto no implica rigidez ni en cuanto al contenido, ni en cuanto a la forma de desarrollar la conversación- entrevista. Pero enfrentarse a realizar una entrevista sin guion es un camino muerto, con frecuencia no conduce a ninguna parte y pierde las mejores oportunidades de captar el significado que se busca. Por eso en el anexo se proporciona los principales temas sobre los que versan las entrevistas.

Es una guía de conversación, flexible y sometida a cambios continuos, como resultado de la propia conversación. Ello implica un cierto «balance» entre una estructura tenue y tentativa inicial, propuesta más que impuesta por el personal entrevistador, y una cierta ambigüedad e indecisión, siempre a merced de las respuestas y de las claves que va ofreciendo sucesivamente, a lo largo de la conversación, la persona entrevistada.

Una vez realizadas las historias de vida se procederá a la transcripción de las mismas, así como al análisis posterior, que en este estudio se ha decidido que sea comprensivo.

Antes de revelar los resultados de carácter cualitativo que se han obtenido en esta investigación, se hará un recorrido por los principales resultados obtenidos en la edición anterior, de carácter cuantitativo.

4. RESULTADOS CUANTITATIVOS (2022)

El estudio se esforzó por tener una representación nacional, llevando a cabo encuestas en la mayoría de las comunidades autónomas de España. Los resultados mostraron que la mayoría de las personas encuestadas se encontraban en centros residenciales y ocupaban principalmente plazas privadas. La muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres con una edad media de 79,35 años. La mayoría de las personas encuestadas eran de nacionalidad española y habían vivido la mayor parte de su vida en áreas urbanas. En cuanto al estado civil, la mayoría eran viudos/as, seguido de solteros/as y separados/as/divorciados/as. En términos educativos, la mayoría había completado (o tenía incompletos) sus estudios primarios y solo un pequeño porcentaje tenía estudios universitarios.

La mayoría de las personas encuestadas estaban jubiladas en el momento de la entrevista. Sin embargo, el objetivo principal del estudio no era conocer su situación laboral actual, sino los puestos que habían ocupado durante su carrera profesional activa. Se encontró que la categoría de trabajo más común era la línea operativa de baja cualificación, seguida del trabajo doméstico. Esto refleja la distribución de roles de género en el ámbito laboral.

En términos de participación en actividades sociales y de ocio, se observó que la mayoría de las personas encuestadas estaban involucradas en actividades como senderismo, pintura y manualidades. También se destacó la importancia de las relaciones familiares y de apoyo, ya que la mayor parte informó tener una buena relación con su familia y recibir su apoyo.

En términos económicos, gran parte de la muestra encuestada tenía un nivel de ingresos bajo, recibiendo pensiones mínimas o contributivas por debajo de los 1.550€.

Se encontró que un porcentaje significativo de las personas tenía un nivel medio o alto de contacto social estrecho con varias personas cercanas. En cuanto a las actividades de ocio, la mayoría prefería actividades individuales como la lectura y las manualidades, aunque un pequeño porcentaje mencionó participar en actividades grupales como los juegos de mesa.

En relación con la salud, la mayoría describieron su estado de salud como bueno o muy bueno. Sin embargo, un porcentaje considerable mencionó tener alguna enfermedad crónica o discapacidad que afectaba su calidad de vida.

En cuanto a la autonomía en las actividades diarias, la mayoría de las personas se consideraban independientes en las actividades básicas de la vida diaria, aunque necesitaban ayuda en algunas tareas. En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria, mostraban menos autonomía, especialmente en cuestiones relacionadas con compras y gestiones financieras.

Si se contempla el consumo de alcohol, se encontró que el 37,8% de las personas encuestadas admitió haber consumido vino, cerveza u otras bebidas similares en el último año. Además, el 77,4% ha consumido este tipo de bebidas en algún momento de su vida, mientras que el 22,5% declaró no haberlo hecho nunca.

Acerca del consumo de alcohol en forma de cubatas o combinados, se observa que aumenta el porcentaje de personas que declaran no haberlo consumido nunca, llegando al 43,5%. Por otro lado, el 56,5% afirmó haberlo consumido en algún momento de su vida, y específicamente un 15,7% declaró haberlo hecho en los últimos 12 meses.

Respecto al consumo de tabaco, se encontró que el porcentaje de personas que declaran no haber fumado nunca, un 43%, coincide con aquellos que no han consumido combinados o cubatas. Sin embargo, se destaca que el 30,9% de los encuestados admitió haber fumado en los últimos 12 meses.

Referente al consumo de café, se observó que es la sustancia más consumida por los y las encuestados/as, con un 74,8% que admitió haberlo consumido en los últimos 12 meses. Además, solo un 6,3% declaró no haberlo consumido nunca en su vida.

Por lo que corresponde al consumo de sustancias ilegales, en este diagnóstico se decidió agrupar estas sustancias en 5 categorías: marihuana, cocaína, éxtasis, anfetaminas y heroína.

Del total de personas encuestadas, el 76,3% nunca ha consumido marihuana o cannabis en ninguna de sus formas. Sin embargo, el 5,5% de las personas encuestadas en las entidades de UNAD y LARES admiten haber consumido esta sustancia en el último año.

El patrón de comportamiento es similar en el caso de la cocaína. Un 84,2% declara no haber consumido esta sustancia en ningún momento, mientras que un 8,1% de las personas encuestadas revela haberlo hecho en los últimos 12 meses.

En consideración al consumo de anfetaminas, speed, alucinógenos, éxtasis y/u otras drogas de síntesis, aproximadamente el 90% de la muestra nunca ha consumido ninguna de estas sustancias. El 1% de las personas encuestadas afirma haber consumido éxtasis y/u otras drogas de síntesis en el último año, mientras que un 2% reconoce haberlo hecho con anfetaminas, speed y alucinógenos en el mismo periodo de tiempo.

En cuanto al consumo de heroína, aproximadamente el 5,9% de las personas encuestadas ha consumido esta sustancia en los últimos 12 meses, mientras que el 87,8% de la muestra nunca ha tenido contacto con ella.

Es importante destacar que el porcentaje de personas que nunca han tenido contacto con sustancias ilegales se mantiene estable en torno al 88% (excepto en el caso del cannabis que es ligeramente menor). En páginas posteriores de este diagnóstico se encuentra un análisis más detallado sobre los consumidores de estas sustancias.

Este estudio buscaba, también, obtener información sobre la percepción que las personas mayores encuestadas tienen sobre su medicación. No se trata de los datos objetivos médicos sobre qué medicamentos consumen, sino la información que ellos manejan sobre los medicamentos que toman. Se realizaron una pregunta general y tres preguntas específicas sobre el consumo de ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos.

En respuesta a la pregunta general sobre la frecuencia de consumo de medicación relacionada con el estado de ánimo, el 63% de las personas encuestadas afirmaron consumir este tipo de medicamentos, siendo el 41,7% de ellos consumidores diarios. Además, el 37% de las personas encuestadas declararon nunca haber recurrido a este tipo de medicación.

Si contemplamos el consumo de los ansiolíticos, más de la mitad de la muestra (52,6%) ha consumido este tipo de fármacos en los últimos 12 meses, mientras que el 33% nunca los ha tomado.

Atendiendo a los antidepresivos, el consumo en los últimos 12 meses se reduce al 33,3% de las personas encuestadas, y el porcentaje de personas que nunca ha recurrido a ellos aumenta significativamente (45,7%).

Por último, el consumo de analgésicos, el 73,2% de las personas encuestadas reconoce haber tomado alguno de estos medicamentos en el último año. Un porcentaje pequeño de la muestra (8,8%) declara no haber necesitado recurrir a los analgésicos nunca.

En relación a las adicciones no relacionadas con sustancias, se realizaron evaluaciones sobre las actitudes hacia el juego en diferentes categorías: lotería, bingo, tragaperras y apuestas deportivas. Según los resultados generales, el 12,3% de los encuestados admitieron haber jugado o apostado con dinero en el último año, mientras que el 87,7% afirmaron no haber tenido este tipo de comportamiento.

El 67,5% de las personas encuestadas nunca ha utilizado las máquinas tragaperras que suelen encontrarse en los bares, lo que implica que el 32,5% sí lo ha hecho. Sin embargo, solo el 5,4% de este grupo lo hizo en el último año.

En cuanto al bingo, el 42,3% nunca ha jugado, mientras que el 57,7% lo ha hecho en algún momento y el 19,4% lo hizo en los últimos doce meses.

En el caso de la lotería, el 76,5% de las personas encuestadas afirmaron haber jugado en alguna ocasión, y de este porcentaje, el 31,7% lo hizo en el último año.

Respecto a las apuestas deportivas, el 84,9% nunca las ha realizado, mientras que solo el 5,9% lo hizo en los últimos doce meses. Todas las personas que participaron en estos juegos o apuestas afirmaron hacerlo de manera presencial, sin preferir la opción en línea.

Acerca del uso de las pantallas como medio de entretenimiento, el estudio muestra que el uso de la televisión es muy popular, ya que el 54% de las personas encuestadas afirmaron utilizarla a diario. Solo el 7,7% no la ha visto en los últimos treinta días, lo que implica que el 92,3% ha utilizado la televisión para entretenerse en el último mes, independientemente de la frecuencia.

Sin embargo, en el caso de las redes sociales, el 70% de las personas encuestadas no las consideran una realidad en su vida diaria, lo cual es congruente con el hecho de que pertenecen a una generación no digital. De las personas que sí utilizan estas plataformas, solo el 13,6% lo hizo a diario en los últimos treinta días.

Además, el uso de aplicaciones de contactos, compañía o eróticas es poco común, ya que solo el 5,9% admitió haberlas utilizado en algún momento.

En resumen, el 51% de las personas participantes en la encuesta admitieron utilizar otros dispositivos con pantallas para entretenerse, pasar el tiempo libre o comunicarse, y el 27% de este grupo lo hace a diario.

La encuesta también incluyó una pregunta sobre la percepción de riesgo que las personas encuestadas tienen sobre las adicciones mencionadas anteriormente. Los resultados revelan como el fumar un paquete de tabaco al día, consumir 5 o 6 copas durante el fin de semana y jugar con dinero o apostar al menos una vez a la semana son consideradas las actitudes más arriesgadas. Esto refleja una conciencia amplia sobre los efectos perjudiciales del tabaco, el alcohol o el juego. Además, la preocupación por el juego sugiere una preocupación por la situación económica precaria que la mayoría de las personas participantes declaran tener. Es notable el desconocimiento sobre los cigarrillos electrónicos. Por otro lado, las personas encuestadas consideraron que el contacto con tranquilizantes, sedantes y somníferos supone un riesgo bajo, a pesar de ser uno de los consumos más comunes en la población analizada.

RESULTADOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El objetivo principal de este diagnóstico ha sido abordar la realidad desconocida, marginal y llena de tabúes de las mujeres mayores, especialmente aquellas con adicciones, desde una perspectiva de género. Para lograr una comprensión integral de las realidades sociales, es fundamental tener en cuenta cómo los fenómenos sociales afectan de manera desigual a hombres y mujeres. Se analizó específicamente la problemática de las mujeres mayores con adicciones desde un marco teórico y metodológico.

En general, las mujeres encuestadas tienen un perfil similar: son españolas, con una edad promedio de 83,11 años, y han vivido tanto en entornos urbanos como rurales. La mayoría tiene estudios primarios y sus ingresos mensuales oscilan entre los 421€ y 890€. En su tiempo libre, la mayoría realiza actividades de manualidades y mantienen contacto principalmente con sus hijos y nietos.

En cuanto a la distribución territorial de las mujeres encuestadas, se observan diferencias en comparación con los datos generales. Por ejemplo, hay un mayor número de mujeres encuestadas en la Comunidad de Madrid, Cataluña, La Rioja y Canarias en comparación con el País Vasco. Respecto a la ocupación, la mayoría de las mujeres habitan en centros residenciales, y hay un aumento en el número de plazas concertadas.

En términos demográficos, un porcentaje muy bajo de las mujeres encuestadas son de origen extranjero, en comparación con la muestra general. Además, hay un mayor porcentaje de mujeres viudas y una menor proporción de mujeres separadas o solteras.

Si se observa el nivel de estudios, la mayoría de las mujeres tienen estudios primarios, seguidas de aquellas sin estudios o con estudios primarios incompletos. En términos de situación laboral, destaca el porcentaje de mujeres que realizaban trabajo doméstico y el porcentaje de mujeres con una pensión no contributiva.

En cuanto a actividades sociales, culturales y de ocio, las mujeres encuestadas mencionaron principalmente actividades manuales, seguidas de la lectura del periódico y juegos de mesa. Si analizamos los contactos sociales estrechos, los resultados son similares a los de la muestra general, con un porcentaje ligeramente inferior de mujeres con un bajo nivel de contacto social.

Si se observa la violencia sufrida, la mayoría de las mujeres encuestadas no se perciben como víctimas de violencia y solo un pequeño porcentaje mencionó haber experimentado alguna forma de violencia en su vida. Esto refleja la normalización que tienen muchas mujeres con problemas de adicción en lo que respecta a las violencias sufridas, lo que las lleva a no considerarse víctimas, y por lo tanto, a no solicitar ayuda.

En términos de salud, casi la mitad de las mujeres considera su salud como buena o muy buena, lo cual es un porcentaje ligeramente mayor en comparación con la muestra general. En términos de autonomía, las mujeres encuestadas muestran un nivel ligeramente menor que el de la muestra general, especialmente en lo que respecta a las actividades financieras y gestiones.

En resumen, este diagnóstico ha proporcionado información detallada sobre las realidades de las mujeres mayores, especialmente las que tienen adicciones, desde una perspectiva de género. Los resultados revelan diferencias en términos de perfil demográfico, situaciones de violencia, salud, autonomía y participación social, lo que permite una comprensión más completa de las necesidades y desafíos específicos que enfrentan estas mujeres.

Al analizar los datos de las mujeres encuestadas en relación al consumo de sustancias legales, se observan varias diferencias en comparación con los datos de la muestra general. Un mayor porcentaje de mujeres afirma no haber consumido nunca vino o cerveza. Además, el porcentaje de mujeres que consumieron estas bebidas en el último año es menor que en la muestra general. En cuanto a bebidas alcohólicas más fuertes, más de la mitad de las mujeres declara no haberlas consumido nunca, en comparación con el porcentaje de la muestra general. Solo el 10% de las mujeres ha consumido este tipo de bebidas en los últimos 12 meses.

En relación al consumo de tabaco, un 63,4% de las mujeres encuestadas nunca ha fumado, lo cual representa un aumento significativo en comparación con la muestra general. El 17,9% de las mujeres encuestadas ha fumado en los últimos 12 meses, casi la mitad en comparación con el 30,9% de la muestra general.

Atendiendo al consumo de café, no hay diferencias significativas entre las mujeres encuestadas y la muestra general.

Si se observa el consumo de sustancias ilegales, los porcentajes de consumo entre las mujeres encuestadas son mínimos, con un 1,5% que ha consumido hachís y/o marihuana en los últimos 12 meses, y un 3% que ha consumido cocaína. En la muestra general, un 23,8% ha tenido contacto con cannabis o marihuana, y un 15,8% ha tenido contacto con cocaína. En cuanto a otras sustancias ilegales, las diferencias entre las mujeres encuestadas y la muestra general son aún mayores. Por ejemplo, solo el 0,8% de las mujeres ha tenido contacto con éxtasis u otras drogas de síntesis, en comparación con el 7,7% de la muestra general. Además, solo el 3% de las mujeres ha tenido contacto con anfetaminas/speed, en comparación con el 10% de la muestra general. En cuanto a la heroína, solo el 2,3% de las mujeres ha tenido contacto con esta sustancia, en comparación con el 12,2% de la muestra general.

El consumo de medicamentos para el estado de ánimo es más frecuente en las mujeres, un 46% de las mujeres encuestadas contestó que los consume diariamente, en comparación con el 41,7% de la muestra general. Un 32,5% de las mujeres afirmaron que nunca ha consumido este tipo de medicamentos, en comparación con el 37% de la muestra general. En cuanto a los ansiolíticos, un 27,9% de las mujeres nunca ha recurrido a ellos, en comparación con el 33% de la muestra general, pero un 55,8% de las mujeres ha consumido ansiolíticos en el último año, en comparación con el 52,6% de la muestra general. Respecto a los antidepresivos, no hay diferencias significativas entre las mujeres encuestadas y la muestra general. Por último, los analgésicos, su consumo es el más extendido y es mayor entre las mujeres encuestadas.

Si se analizan las adicciones sin sustancia, es importante analizar las actitudes hacia el juego. Según las entrevistas realizadas, un 92,5% de las mujeres afirma no haber jugado o apostado con dinero en los últimos 12 meses. Esta cifra disminuye ligeramente al 87,7% en la muestra general. Es decir, solo un 7,5% de las mujeres encuestadas afirma haber jugado o apostado en el último año. Es interesante destacar que las máquinas tragaperras, que suelen encontrarse en bares, no son una realidad frecuente para las mujeres encuestadas en este estudio. Apenas un 0,8% ha utilizado estas máquinas en el último año, en comparación con el 5,4% de la muestra general. Además, el 84,8% de las mujeres encuestadas nunca ha utilizado este tipo de entretenimiento, un porcentaje mayor en comparación con el 67,5% de la muestra general.

En lo que respecta al bingo, apenas se observan diferencias con respecto a la muestra general. Esta similitud también se aplica a los datos relacionados con las loterías.

Apenas el 0,8% de las mujeres ha utilizado aplicaciones de contactos/compañía/eróticas, en comparación con el 5,9% de la muestra general. En cuanto al uso de pantallas como medio de entretenimiento, las

mujeres encuestadas muestran una similitud con la muestra general en cuanto al uso de la televisión y las redes sociales.

Por último, si se analiza la percepción de riesgo, las mujeres encuestadas consideran que fumar un paquete de tabaco diario, tomarse 5 o 6 copas en el fin de semana y jugar a juegos con dinero o apuestas con una frecuencia semanal representan los mayores riesgos. También se observa una conciencia mayor sobre el riesgo del tabaco en las mujeres encuestadas en comparación con la muestra general. En resumen, las mujeres encuestadas muestran diferencias significativas en comparación con la muestra general en cuanto al consumo de sustancias legales e ilegales, así como en el uso de medicamentos y comportamientos de riesgo de adicción.

SUSTANCIAS LEGALES

El perfil de las personas encuestadas que consumieron alcohol y/o tabaco (116 respecto a la muestra total) en los últimos 12 meses representa el 52% de la muestra:

- La edad media es de 74,8 años.
- Un 32,8% son usuarios de los recursos de UNAD, mientras que el 67,2% proceden de residencias LARES.
- El País Vasco es la autonomía más representada, seguida de Canarias, La Rioja y Cataluña.
- El tipo de centro residencial continúa siendo la categoría mayoritaria, pero otros tipos de centros incrementan su porcentaje.
- En cuanto a género, los hombres son mayoría (55,2%) y las mujeres representan el 44,8%.
- La presencia de personas extranjeras es pequeña pero ligeramente más elevada que en la muestra general.
- La mayoría de las personas encuestadas ha residido la mayor parte de su vida en zonas urbanas.
- Las categorías mayoritarias de estado civil son solteras (37,1%) y viudas (30,2%).
- La mayoría tiene estudios primarios completos, pero disminuye el porcentaje de personas sin estudios o con primarios incompletos.
- La mayoría ha desempeñado trabajos de línea operativa o baja cualificación en los últimos 5 años.
- Hay un leve incremento de personas con más poder adquisitivo y un ligero decremento de las rentas más bajas.
- El nivel de actividad social, cultural y de ocio es mayor.
- El nivel de contacto social también es mayor.
- El nivel de violencia sufrida por las mujeres en este subgrupo es mayor que en la muestra general, el 53,8% han sufrido algún tipo de violencia.

- Las principales motivaciones para consumir alcohol son que les gusta beber, la diversión y el efecto posterior al consumo.
- La autopercepción de salud es ligeramente peor que en la muestra general, pero solo el 12% considera su salud mala o muy mala.
- El grado de autonomía en actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria aumenta.
- Más de la mitad de las personas encuestadas también consumen ansiolíticos y/o antidepresivos, y la mitad juega o apuesta con dinero.
- Un 18,1% ha consumido alguna sustancia ilegal en el último año.
- La percepción del riesgo es mayor en todas las situaciones propuestas.

SUSTANCIAS ILEGALES

El perfil de las personas encuestadas que consumieron sustancias ilegales en los últimos 12 meses muestra que:

- Este subgrupo de personas que admiten haber consumido sustancias ilegales en el último año consta de 22 personas, lo que representa el 9.9% de la muestra total del estudio.
- La gran mayoría son hombres (77.3%), mientras que las mujeres representan solo el 22.7%.
- Hay una mayor proporción de personas extranjeras (22.7%) en comparación con la muestra general.
- Suelen tener un nivel educativo bajo y no tienen estudios universitarios.
- El consumo de sustancias ilegales es más común en áreas urbanas y las personas en este subgrupo han vivido la mayor parte de su vida en estas áreas.
- La mayoría están desempleadas y hay un aumento en el porcentaje de personas que no reciben ningún ingreso mensual.
- Tienen niveles de actividad social, cultural y de ocio más altos en comparación con la muestra general.
- Un mayor porcentaje informa que no tienen contacto con nadie o no tienen una red de apoyo.
- Las mujeres en este subgrupo han experimentado altos niveles de violencia (20%).
- En cuanto a la salud, hay un aumento en el porcentaje de personas que consideran tener mala salud física y buena salud en comparación con la muestra general.
- Tienen un mayor grado de autonomía en las actividades diarias que la muestra general.
- Se observa una relación entre el consumo de sustancias ilegales y el consumo de sustancias legales como alcohol y tabaco, así como el uso de medicamentos como ansiolíticos y antidepresivos.

- Un mayor porcentaje ha participado en conductas de juego.
- Tienen una percepción de riesgo menor en comparación con la muestra general, excepto en relación con el juego, donde un mayor porcentaje considera que tiene un alto riesgo.

FARMACOLOGÍA

Un subgrupo de 125 personas encuestadas ha declarado haber consumido ansiolíticos y/o antidepresivos en los últimos doce meses, representando el 56,1% de la muestra total del estudio:

- El perfil sociodemográfico es similar al de la muestra general, con algunas diferencias relevantes. Por ejemplo, las mujeres conforman el 64% de este subgrupo y hay un aumento en el porcentaje de personas de zonas rurales y con bajos niveles de estudios.
- La mayoría consumen los fármacos por dolor, nerviosismo, ansiedad o dificultad para dormir.
- Algunas personas toman dosis más altas de los medicamentos porque la dosis recetada no les es efectiva.
- La autopercepción de la salud es ligeramente peor que en la muestra general.
- Existe una relación entre el consumo de fármacos y el consumo de sustancias ilegales.
- Más de la mitad también consumió alcohol y/o tabaco en el último año, mientras que un 13,6% consumió sustancias ilegales.
- Un 42,4% apostaron o jugaron con dinero en el último año.
- Tienen una percepción de riesgo más baja en comparación con la muestra general en relación a ciertas situaciones presentadas.
- En conclusión, este estudio revela que las personas que han consumido ansiolíticos y/o antidepresivos en los últimos doce meses tienen ciertas características sociodemográficas y comportamentales distintivas, incluyendo un mayor porcentaje de mujeres y residentes en zonas rurales, así como una mayor proporción de consumo de sustancias ilegales y una percepción de riesgo más baja.

JUEGO

- El subgrupo de personas que han apostado o jugado con dinero en el último año está compuesto por 95 personas, representando el 42,6% de la muestra total.
- Estas personas tienen una edad media de 78,23 años.
- No hay una diferencia significativa en cuanto a la entidad de origen de las personas encuestadas en comparación con la muestra general.
- Las comunidades autónomas de País Vasco, Aragón, Cataluña, La Rioja y Murcia están más representadas.
- No se observan variaciones significativas en cuanto al tipo de centro y tipo de plaza.

- En cuanto al sexo, hay un equilibrio entre hombres y mujeres, con un ligero aumento de los hombres en comparación con la muestra general.
- En términos de estado civil, hay un ligero decrecimiento en el porcentaje de personas viudas y un leve aumento en las demás categorías.
- Aumenta el porcentaje de personas con mayor nivel de estudios alcanzados y disminuye la categoría de "sin estudios o primarios incompletos" en comparación con la muestra general.
- No se observan desviaciones significativas en cuanto a la situación laboral y económica.
- En cuanto a la actividad social, cultural y de ocio, se observa un aumento en el nivel de actividad y de contactos sociales.
- Hay un importante incremento en el nivel de violencia sufrido por las mujeres en comparación con la muestra general.
- Las motivaciones para jugar o apostar incluyen intentar recuperar el dinero perdido, sentirse nerviosas y nerviosos o irritadas e irritados al intentar reducir o abandonar el juego, y hacer esfuerzos sin éxito para controlar, reducir o abandonar el juego.
- En cuanto a la autopercepción de salud reportan una salud ligeramente peor que en la muestra general.
- Se observa un leve aumento en el grado de autonomía en las actividades diarias.
- Hay un incremento en el consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilegales, pero no hay diferencias significativas en cuanto al consumo de fármacos como ansiolíticos y antidepresivos.
- Las personas en este subgrupo tienen una menor percepción del riesgo en comparación con la muestra general.

5. RESULTADOS CUALITATIVOS

Antes de comenzar con el análisis de los resultados es importante destacar los problemas que ha presentado esta investigación. Siendo un tema delicado como son las adicciones no se ha encontrado a la población deseada que haya querido participar y que cumpliera con todos los requisitos, por lo que, aunque idealmente lo mejor hubiese sido una muestra más heterogénea se ha limitado a aquellas personas que quisiesen participar, tuviesen un buen estado cognitivo y tuvieran o hubiesen tenido una adicción. Aun así, se considera una muestra lo suficientemente heterogénea y con validez científica y social.

De cualquier manera, se han encontrado resultados interesantes y que se diferencian principalmente por el género y, es por ello que se ha decidido presentar los resultados de la población estudiada por separado, por un lado, las mujeres y, por otro, los hombres para después comparar a estas dos poblaciones haciendo énfasis en las diferencias de género en las personas mayores con adicciones.

RESULTADOS DE MUJERES MAYORES CON ADICCIONES

La mayoría de las mujeres encuestadas han atravesado situaciones difíciles en su trayectoria de vida, y especialmente en su infancia. Situaciones de violencia, abandono, sobreprotección, pérdida del padre o de la madre o desmedida responsabilidad, lo cual genera en estas mujeres vulnerabilidad al abuso de sustancias adictivas.

"Me abandonaron con 6 años (...) en el parque llorando y qué porque me habían abandonado" [Mujer Entrevistada]

"Me hacían bullying (...) ahora una que sabe los que es también lo pasé, y bastante fuerte (...) Yo tuve una infancia y una adolescencia bastante mala y por eso sin saberlo me metí en las drogas y las drogas era lo que a mi me salvaba la vida." [Mujer Entrevistada]

"Mi hermana la mayor con 9 años estuvo muy muy enferma (...) a mí me tocaba todo (...) [me sentía] invisible, ninguneada" [Mujer Entrevistada]

"Éramos 5 hermanos, mi madre se quedó viuda (...) mi padre se murió, yo tenía tres añitos" [Mujer Entrevistada]

"Mi madre estaba enfermita, a los 3 años la llevaron al sanatorio (...) murió cuando tenía 7 añitos" [Mujer Entrevistada]

El inicio del consumo en las mujeres ha sido generalmente temprano. Esto podría indicar una relación entre la iniciación temprana y la adicción que, según diversos estudios, cuanto más temprano es el inicio del consumo más probable es que se convierta en una adicción.

"A escondidas de ellos me enganche [a los 12 años], hasta que se enteraron y me dijeron que pa que cogiera la droga mala que me la daban ellos [familia adoptiva]" [Mujer Entrevistada]

"Estando en el colegio, empecé muy joven cuando empezaron las anfetaminas, mi madre tenía pastillas para adelgazar (...) era un tío [primera pareja en la adolescencia] muy golfo y con él fue cuando probé la coca y la heroína y todo eso" [Mujer Entrevistada]

"Iba con las amigas a una discoteca y allí es donde empecé a fumar (...) con 17 años o así" [Mujer Entrevistada]

"Yo empecé a darme cuenta de que el alcohol era un problema para mi yo creo que fue cuando llegó la etapa en la que yo me quede sola con los gemelos un año entero". [Mujer Entrevistada]

"Cuando empecé que me dolía mucho la espalda (...) tenía la espalda muy deteriorada (...) calmantes" [Mujer Entrevistada]

Respecto a las atribuciones y motivaciones de consumo en estas mujeres encontramos que cada una atribuye su consumo y motivaciones para consumir a sus propias vivencias y experiencias. Se observa un patrón de escapismo frente a sus situaciones vitales en este grupo. Se encuentra atribuciones y motivaciones a crisis de identidad, a la sobreprotección, a los cuidados, la soledad, a la situación intrafamiliar, exceso de responsabilidad o a la influencia social.

"Siempre he estado pendiente de los demás, de mis hijos, de mi marido, de mis padres, hasta tal punto de ser yo la última y eso ahora con esta enfermedad y con el tiempo y las recaídas me ha dado cuenta que hice mal, en aparcarme yo la última, en estar siempre pendiente de los demás". [Mujer Entrevistada]

"A mi lo que más me ha marcado es no poder estar con mi madre, eso lo tengo marcado de siempre porque todas tenían su madre (...) como soy ahora(...) yo nunca la tuve(...) lo demás una vida normal" [Mujer Entrevistada]

"Yo creo que al principio si sabía que me encontraba diferente que era de otra manera y me sentía bien porque era yo. De la otra manera era muy reprimida (...) Yo empecé a consumir para relacionarme. (...) No me relacionaba porque tenía pánico, era terror lo que yo tenía" [Mujer Entrevistada]

"Parecía una muñeca y mi madre me tenía como si fuera una muñeca demasiado protegida y eso me destrozó (...)Yo creo que yo he sido dependiente toda mi vida por mi madre, por el bullying, por la soledad de estar sola." [Mujer Entrevistada]

"Tu tienes un disgusto que te pasa y toda esa ansia fumas más, lo tiras y al momento enciendes otro, eso me ha pasado a mí, ahora no porque ya tengo autocontrol pero me ha pasado cuando estaba muy nerviosa o con un disgusto" [Mujer Entrevistada]

"Lo que más me marcó fue no poder estar con mi madre, eso lo tengo marcado de siempre" [Mujer Entrevistada]

Las consecuencias asociadas al consumo de estas mujeres son múltiples: la prostitución, la cárcel, el tráfico, violencia, en las relaciones afectivas y familiares, consecuencias económicas, psicológicas, de salud, etc. Encontramos que las consecuencias afectan a casi todos los ámbitos de la vida de estas personas y una mayor penalización social. Además, en el caso de las mujeres se observan situaciones relacionadas con la maternidad, con la desigualdad de género, estigmas relacionados con su adicción, agresiones y violencia de género.

"Yo sobreviví a un montón de cosas, a un submundo terrible de relaciones tóxicas, violentas, de secuestros, de violaciones, de ver muerta una pareja mía, de encontrármelo ahí ahorcado, ósea yo he estado en un mundo bastante complicado que me ha dejado muchas heridas" [Mujer Entrevistada]

Se asocian conductas desviadas a nivel social con posibles consecuencias penales que afectaron a las encuestadas de consumo de sustancias ilegales, una de ellas ha pasado gran parte de su vida en prisión:

"Traficando desde muy jovencita con el LSD(...)yo vendía y todo, yo me ponía a traficar, a vender(..) yo vendía heroína" [Mujer Entrevistada]

"Luego caí presa otra vez, es que he estado presa un montón de tiempo, he pagado 23 años de cárcel, he estado media vida presa (...) Yo recuerdo que con 12 años ya me paraba en las puertas de los bancos a dar el agua (...) de la joyería me llevaba las joyas (...) estábamos en la calle (...) De prostituta, de atracar bancos a prostituta, imagínate" [Mujer Entrevistada]

En concepto de salud, una de las mujeres ha sufrido cáncer y tiene Epc¹ debido al consumo de tabaco, otra de las mujeres ha sufrido múltiples sobredosis. También se observan conductas de riesgo asociadas al consumo.

¹ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

"Me han dado 7 u 8 sobredosis de coca ya ¿eh? Antes de ayer me dio una, fuertes, lo que pasa que no me ataca al corazón gracias a Dios, como me ataque al corazón voy lista" [Mujer Entrevistada]

"Cuando me vino el primer mono no sabía ni lo que era (...) mi relación con la droga era como la vida, yo sin drogas no tenía ni vida, porque no sabía vivir sin ella, dependía de ella para relacionarme para cualquier cosa (...) Y además en mi época no sabíamos ni lo que era el sida y entonces cogíamos las jeringuillas y nos las pasábamos a uno y a otro ósea que yo estoy viva de milagro porque tengo suerte pa contarlo y demás" [Mujer Entrevistada]

A nivel familiar encontramos declaraciones donde el consumo de sustancias ha conllevado consecuencias a las encuestadas:

"Tenían los gemelos 16 años y yo era un cero a la izquierda, quizás por mi enfermedad [alcoholismo] (...) nos dio 3 años [su hija](...) me veía por el pasillo, me daba empujones, no me hablaba (...) me dio un empujón, no me mato de milagro (...) [su marido] tuvo que coger la baja por depresión (...) [su hija] quería ocupar mi lugar, y cuando digo mi lugar digo en todo." [Mujer Entrevistada]

La mayoría de las encuestadas son madres, lo cual les ha traído mayor malestar, concretamente en el caso de las mujeres con adicciones a sustancias ilegales declaran no haber podido criar a sus hijos/as y declaran la culpabilidad asociada al rol de madre:

"Con mi hija pues no ha sido nada buena la relación (...) la parí na más (...) me acuerdo de estar embarazada y consumir y eso no me lo perdono, me cuesta y fue horrible pero menos mal que mi hija salió bien y no le pasó nada." [Mujer Entrevistada]

"Mi hijo (...) siente vergüenza, que lo entiendo y lo comprendo". [Mujer Entrevistada]

"Es lo único que han hecho bien en la vida, hacerse cargo de mi hijo, pero me lo ha puesto en contra mi madre ósea que es lo mismo, mi hijo no me habla, lo ha puesto en mi contra mi madre, mi madre es más mala que un ogro." [Mujer Entrevistada]

En cuanto a situaciones y vivencias derivadas de la adicción y relacionadas directamente con el género, estas mujeres han vivido en una sociedad patriarcal colmada de estigmatización, así las mujeres declaran que:

"Luego era más puta que las gallinas, me iba con un tío porque me apetecía y ya está, pa una noche y por la mañana si te he visto no me acuerdo (...) Entonces era puta, en aquellos entonces era ser una puta, ahora está bien visto pero entonces no" [Mujer Entrevistada]

"Totalmente, pero siempre, que si somos más viciosas, que si somos no sé cuánto, que somos putas, de todo. Primero como tú te culpabilizas pero porque los otros te lo dicen y abusan, se creen que tienen poder sobre ti, todo muy machista" [Mujer Entrevistada]

"¡Vamos hombre! Donde se ha visto, en la vida han fumado las mujeres" [Mujer Entrevistada]

Las mujeres encuestadas con adicciones relacionadas con sustancias ilegales han sufrido violencia de género y agresiones. Son numerosos los estudios que relacionan la violencia de género y el consumo de estas sustancias:

"En un momento (...) estaba colocada con las anfetaminas (...) me quiso violar y le dije que no que me quería ir, grité y me salvaron. Y eso se lo contaron a mi pareja (...) me tiro contra un paterre (...) la primera relación que tuve (...) no fue consentida"; [Mujer Entrevistada]

"Acabo denunciándolo, con denuncias, con historias, dejándolo, no me deja, me persigue (...) me acompañaba todo el mundo, (...) me acompañaba todo el mundo a comisaría porque venía con los ojos así, los morros to hinchados, claro, me pegaba, lo deje y acabé con quien me daba la gana, mientras pudiera" [Mujer Entrevistada]

Los discursos asociados al momento en que son conscientes de su adicción se puede observar tanto la conciencia como la declaración de lo opuesto, la inconciencia de tener una adicción, la normalización de la situación.

"Yo empecé a darme cuenta de que el alcohol era un problema para mi yo creo que fue cuando llegó la etapa en la que yo me quede sola con los gemelos un año entero (...) cuando bebía en soledad y bebía delante del espejo (...) hasta brindaba, decía "por ti ¡jala!", decía para no beber sola (...) ya me di cuenta que realmente tenía un problema, pero un problema serio, y que necesitaba ayuda, pero me costaba reconocer que necesitaba ayuda" [Mujer Entrevistada]

"No, todo eso lo sé ahora (...) No tienes conciencia. Sabía que eran anfetaminas, pirulas, pero se conseguían fácilmente (...) no tenía conciencia del peligro que eran para nada, igual que con la heroína tampoco tenía ni idea. (...) llega un momento en el que te cansas, pero estas muy relacionada con el mundo, con el entorno (...) Donde entra la desesperación" [Mujer Entrevistada]

En los discursos encontramos que el apoyo del entorno es fundamental para las personas mayores que tienen adicciones, y observamos que la familia juega un papel fundamental, con una tendencia en ésta en el apoyo incondicional.

"Desde que yo tengo esta enfermedad... me unió mucho más a mi padre porque yo en papá tuve un apoyo incondicional (...) yo sé que [su marido] (...) ha cambiado mucho, su forma de apoyar, de ver la enfermedad como tal". [Mujer Entrevistada]

"Mi padre es un buenazo. (...) lo que pasa que me drogo y eso pa ellos, mi padre me pregunto que como lo llevaba con la droga y yo "pues papa igual que siempre". "No la vas a dejar nunca" típica bronca de padre (...) "vamos a cambiar de tema" y cambiamos de tema y ya está, se acabó". [Mujer Entrevistada]

"Por mi entorno yo siempre me sentí apoyada (...) Donde estoy y cuando salga también la voy a tener." [Mujer Entrevistada]

"Mi hijo estando aquí todos los días, la que menos viene es la que vive ahí (...) viene cada 8 días, y no tiene nada que hacer (...) la otra aunque sea un ratito jugamos a las cartas" [Mujer Entrevistada]

Las experiencias en torno al proceso en el que deciden pedir ayuda a profesionales son, generalmente positivas, ya que consideran que les ha ayudado, pero también encontramos como en muchas ocasiones han sido insuficientes. Una de las encuestadas, tras pasar por varias instituciones dedicadas a la reinserción, declara que la única donde ha sentido que la ayudaban de verdad es en el lugar donde se encuentra en la actualidad.

"[Alcohólicos anónimos] Cuando iba escuchando a los demás, yo creo que al principio que lo único que dije es que era alcohólica (...) me di cuenta que sus experiencias eran las mías y si no eran las mías eran muy parecidas (...) el día que empecé a hablar yo, fue como que me empezaba a sentir aliviada". [Mujer Entrevistada]

"He caído como 7 o 8 veces, o más, no tengo ni idea, no las tengo contabilizadas, he caído un montón de veces (...) Estoy en el albergue, un sitio donde estar protegida, donde evitar riesgos para consumir (...) hay algo que no cubre, pero no sé qué es (...) me ha costado mucho adaptarme (...) yo estaba acostumbrada a la calle y a estar libre". [Mujer Entrevistada]

"Es el único sitio donde han tratado a la gente y yo ya venía que, si no entraba en un sitio así, yo no quería seguir viviendo, yo tengo 60 años y yo quiero vivir, quiero mi vida. (...) Soy más realista, pero porque hacen un trabajo diferente, más con las personas y el porqué de que tú llegas a eso y tiran muy pa atrás, es diferente." [Mujer Entrevistada]

"Estuve en varios centros (...) me sirvieron para nada, para nada porque es un falso engaño de que tú te crees que estás bien, te llega la euforia de estar bien y cuando sales de la burbuja del centro te pegas un taponazo porque es una falsa realidad, (...) Si te hicieran entrar en ti misma y conocerte un poco entonces la falsa esperanza esa, la euforia, porque nosotros no controlamos las subidas y bajadas y te revientas otra vez" [Mujer Entrevistada]

La mujer con adicción al tabaco nunca se ha planteado dejar de fumar, pero si declara que, con la edad, ha reducido el consumo del tabaco:

"Yo he estado fumando cuando era más joven una cajetilla, ahora me fumo cuatro diarios" [Mujer Entrevistada]

Por último, se ha considerado importante saber cómo se sienten las mujeres encuestadas en la actualidad, sus expectativas y su actitud, donde hemos visto que hay ganas de vivir y recuperarse en la mayor parte de las declaraciones. Hay que mencionar que, una de las encuestadas tiene una actitud más pesimista respecto a su adicción, ya que considera que ya no merece la pena y otra de las encuestadas declara no sentirse bien en el lugar donde se encuentra.

"Me siento distinta, (...) que se puede cambiar, que yo he cambiado, que estoy cambiando (...) y se cambia (...) si, estoy en uno de mis mejores momentos." [Mujer Entrevistada]

"La máquina de coser, me compre una, estoy ahí aprendiendo, me gusta modificar la ropa, (...) me gustaría aprender inglés que lo pienso hacer (...) Tengo motivaciones, ahora tengo ganas de vivir". [Mujer Entrevistada]

"Hombre me gustaría dejar la droga, lo que pasa que a estas alturas no la voy a dejar ya, yo ya me moriré de sobredosis o de algo, (...) Mi vida ha sido un tiovivo, ahora bajo ahora subo y sigo siendo un tiovivo, voy de puto culo (...) Me tengo que buscar la vida para drogarme, tengo que estar siempre robando para drogarme y me pillan, se me juntan los hurtos" [Mujer Entrevistada]

"Aquí no estoy a gusto" [Mujer Entrevistada]

RESULTADOS DE HOMBRES MAYORES CON ADICCIONES

Los entrevistados declaran, en general, una infancia y una adolescencia feliz a diferencia de las mujeres. Uno de ellos declara, también, una infancia feliz, pero cuenta situaciones de violencia en su infancia a nivel intrafamiliar además de vivencias difíciles ya en su madurez

"Mi infancia fue muy feliz (...) Era el niño mimao". [Hombre Entrevistado]

"La Infancia bien (...) desde joven me gustaba mucho dibujar (...) a los 18 años me puse un estudio por mi cuenta (...) para hacer colecciones de zapatos (...) funcionó bastante bastante bien". [Hombre Entrevistado]

"Hacías novillos pa el cole o lo que fuera pues ya cuando llegabas a casa la correa el padre y la madre la zapatilla. Mi padre era un animal, ese estaba loco perdió (...) Porque mi padre era... se gastaba el dinero en las máquinas y todo el rollo (...) Al juego, al vino, era ludópata (...) sacaba dinero y a mi madre no le daba un duro". [Hombre Entrevistado]

"Porque dos fallecieron de... suicidaos. Dos hermanos y mi madre (...) Madre mía (...) Unos días después (...) [su madre] se tiró por la ventana. Porque mi padre era... se gastaba el dinero en las máquinas y todo el rollo" [Hombre Entrevistado]

"Mi infancia fue feliz lógicamente, los niños entonces éramos felices (...) vivía con mis padres (...) mi infancia fue pues muy muy corta, yo con diez años me puse a trabajar (...) tenía 3 hermanos y yo 4, yo era el mayor" [Hombre Entrevistado]

Respecto a la iniciación encontramos que no fue muy temprana, salvo dos de los entrevistados que empezaron a fumar en la infancia/adolescencia, pero el resto de los hombres mayores empezaron a consumir y a tener un consumo o comportamiento de mayor envergadura en su etapa madura:

"Empecé yo con 12 años que me pilló mi padre con el cigarro en la mano" [Hombre Entrevistado]

"Bebes una copa. Un día sales con chicos, amigos y amigas que son tus amigos. Te los vas dejando y vas cogiendo otros que beben dos copas. Después te vas con otros que beben tres copas y al final (...) Dos chispas o tres por semana. Eso sí que es peligroso." [Hombre Entrevistado]

"Cuando trabajaba, cuando tenía 48, 50 años pues de esto que ibas a almorzar a un bar (...) pagabas y te devolvían 1 euro cincuenta, 2 euros, lo que fuera y cogías y lo metías y te ibas, (...) que luego 59, 60 que ya estaba jubilado, ahí la cosa tomo otra historia y ahí es donde yo me vi pillado."; [Hombre Entrevistado]

"No se ni como empecé (...) A raíz de separarme, más tarde, bastante más tarde de separarme" [Hombre Entrevistado]

"Muy joven, (...) yo ya trabajaba como empecé con 10 años, yo estaba de aprendiz y siempre o te ofrecían tabaco o tu se lo quitabas a él (...) Tenía 14 años y ya empecé a tomar algún vinillo." [Hombre Entrevistado]

Si atendemos a las motivaciones y atribuciones de los entrevistados podemos observar que en todos ellos el consumo se da "en público", a nivel social, más que un consumo en el ámbito privado que caracteriza a las mujeres que consumen. Encontramos declaraciones asociadas al trabajo: al consumo tras la jornada laboral o a la jubilación por motivos de salud, que es el caso de dos de los entrevistados.

"He estado en timbas, porque he estado en hostelería y se lo que es, precisamente por eso no me gustaba (...) A los 59, 60, estaba sin trabajar, con la invalidez, empecé a establecer contacto con las máquinas. (...) Echar 5, 10 euros, luego pasas a 15, luego pasas a 20 (...) máquinas tragaperras en bares, específicamente en bares"; [Hombre Entrevistado]

"Yo pienso que ha sido parte de la frustración, el no poder trabajar y el no poder aportar dinero porque yo no estaba preparado para dejar de trabajar, ese ha sido mi problema fundamental, que yo no estaba preparado para dejar de trabajar". [Hombre Entrevistado]

"Esto es uno de los grandes problemas, que ganaba dinero (...) Uno va al bar, dame esto y te la tomas porque te apetece y porque te gusta coño. ¿O no? Ya está. (...) los que por desgracia hemos manejado algo de dinero (...) es muy peligroso (...) si no sabemos llevarlo (...) el consumo de alcohol con el dinero y con el trabajo y el dinero"; [Hombre Entrevistado]

"Pero que no es por el dinero ni es por nadie. Es por mí. Porque lo hacía yo. Porque quería. A mí nadie me obligó nunca nada. Lo he hecho porque me ha gustado." [Hombre Entrevistado]

"A mí me gustaba cuando terminaba de trabajar y pegaba 12 horas de trabajo en la fábrica." [Hombre Entrevistado]

"Cuando estaba solo bebía más. Me compraba garrafas de vino y todo lo que bebía. Un fin de semana de vino". [Hombre Entrevistado]

"Después de.. solía jugar a las máquinas tragaperras, cuando era joven no jugaba, ya de adulto, empecé, no sé, eché una moneda y me gustaba jugar y repetía, cuando ganaba dinero me sentía feliz pero cuando perdía me mosqueaba (...) no se ni como empecé" [Hombre Entrevistado]

Las consecuencias relacionadas con el consumo o los comportamientos adictivos, así como situaciones relacionadas con ello son múltiples. Encontramos que hay una mayor ruptura en el sentido de las relaciones, las declaraciones describen desde rupturas con clientes o amigos a rupturas con sus hijos/as con una casuística de la adicción.

"En el trabajo no. (...) Pero se nota que estás. (...) Si cogen una borrachera hoy y mañana tienes que ir a trabajar. Estas destemplado, no te encuentras bien Te desconecta de los amigos, de las amigas. Ya no tienes esa relación con ellos. (...) Porque con un borracho nunca nunca es bonito (...) Todo traía una consecuencia a nivel personal. Muchas. Romper relaciones. Romper amistades, perder clientes"; [Hombre Entrevistado]

"No me encuentro bien. (...) Físicamente no estas bien (...) Todo tiene relación, (...) va acumulando, llega un momento que va saliendo más. (...) Todo se acumula (...) Y gracias a la bebida, a todo lo que he bebido, me han operado del estómago y me tuvieron que cortar por aquí (señala la pierna), todo lo físico". [Hombre Entrevistado]

"Porque yo creo que emborrachándote no hagas nada. Lo pierdes todo, pero pierdes tu estatus. Pierdes tu credibilidad, pierdes todo." [Hombre Entrevistado]

"Estuve 3, 4, 5 años ahí gastando un dinero que no debía que luego me ha creado problemas familiares con mi mujer"; [Hombre Entrevistado]

"Un desastre a nivel personal, (...) esto es la frustración porque te piensas que vas a ganar un dinero que luego es mentira que no ganas nada ósea pierdes, si juegas pierdes (...) Malestar y autodestrucción de uno mismo, tu mismo te ves y dices "pero que estás haciendo" es que podías vivir maravillosamente bien con tu mujer y estas creando un problema ficticio porque encima es todo ficción" [Hombre Entrevistado]

"Tuve que ir a un centro donde cuidan a los enfermos porque entré en una depresión" [Hombre Entrevistado]

En cuanto a la conciencia de la adicción, esta no se da en el caso de los hombres explícitamente. Se encuentra que describen una relación con las consecuencias, pero no una conciencia de estado de adicción. Uno de los entrevistados reitera en varias ocasiones que el consumo adictivo se normaliza y que "uno no se da cuenta" pero no hay una asociación de momentos concretos de conciencia de adicción.

"El sentirte mal, el llegar a casa y no decirle, lo que te apetecía era decirle a tu mujer oye me pasa esto y seguir y seguir y seguir y seguir hasta que llega un día que la cosa colapsa y ya dices hasta aquí hemos llegado". [Hombre Entrevistado]

"Es que tú no te das. Es que lo malo es que uno no se da cuenta. (...) Y que vas a un bar (...) No lo ves que son las 11:00 (...) Alguien te dice algo, incluso te puede molestar (...) Porque las cosas van medio funcionando y es cuando te llega la bajada. Como he perdido esos clientes, nuestros amigos, estas cosas. (...) Por eso me di cuenta.(...) Eso es una rueda que meterse. Ya es muy complicado salir. Pero bueno, (...) ahora lo pienso y digo para que desgraciado". [Hombre Entrevistado]

"Yo creo que el alcohol es más, más perjudicial. El tabaco, siempre y cuando no te afecte a los pulmones (...) no veo una conducta arriesgada " [Hombre Entrevistado]

"Lo he dejado por el dinero (...) no me llegaba (...) si tuviera dinero igual si (...) [pero]no, no me gustaría [Hombre Entrevistado]

Todos los hombres entrevistados reciben algún tipo de apoyo a nivel familiar, principalmente procedente de mujeres (madre, esposa, hija...)

"Si mi hermana siempre está ahí. (...)Pero le he dado muchos disgustos". [Hombre Entrevistado]

"Mi mujer esta conmigo en todo momento, no es un pilar importante, es mi pilar, si no hubiera sido por mi mujer" [Hombre Entrevistado]

Respecto a los prejuicios relacionados con el consumo uno de los entrevistados reconoce:

"Claro que te hacen un juicio sin conocerte (...) Mucha gente decía. Ya está aquí. Este, Este. A ver si se va pronto. Sabes qué cansino" [Hombre Entrevistado]

La mayor parte de los entrevistados tienen hijos/as, donde, en general, tiene una relación complicada. Uno de los entrevistados, con adicción al juego, refiere tener una buena relación con sus hijos quienes no son conscientes de su adicción, mientras que otro entrevistado señala sólo ir a verles una vez a la semana.

"No, porque se ha tirado los porros al botellón y la hostia. Y no sé si hace cristal de ese. No sé si he llegado a la farlopa, que dicen ellos a la cocaína. Eso está apañado. Mira, era un buen estudiante (...) Al final, todo a tomar por saco. (...) Digo, mira, dije haz lo que quieras con tu vida, pero mal camino llevas (...) Sabes que los excesos al final se pagan todos." [Hombre Entrevistado]

"La relación ha sido buena (con los hijos) (...) y me han dado muchas alegrías en todos los sentidos (...) Mis hijos ni saben nada, ni se van a enterar de nada (...) el hecho de que mis hijos se enteraran yo eso no lo podría soportar ósea es que no lo soportaría (...) ni estoy preparado ni creo que vaya a estar preparado, es que no podría afrontarlo". [Hombre Entrevistado]

"Le llamo por teléfono de vez en cuando pero no tengo mucha relación (..) Vino una vez a verme (...) Es que siempre llamo yo, él no me llama nunca" [Hombre Entrevistado]

"Mis hijos...vienen una vez a la semana a verme" [Hombre Entrevistado]

Si atendemos al momento actual encontramos en los entrevistados una actitud más negativa que en el caso de las mujeres, pero todos los entrevistados muestran una actitud positiva ante su enfrentamiento con la adicción:

"Yo me echo a pintar, me pongo a pintar, pero porque lo he pedido. A mí no me obligan a nadie a hacer nada (...) Yo me entretengo". [Hombre Entrevistado]

"Hay sitios donde te pueden ayudar, pero en esos momentos es que no te das cuenta (...) Es que el que lo padece eso, la droga, el alcohol o el juego, no se da cuenta (...) Tienes que darte cuenta tú solo o que alguien te apoye, que sepa de esto y que te esté apoyando. Que te diga las cosas y que tú te des cuenta de que lo está diciendo y te lo creas. Porque si no te lo crees. (...) Pasas olímpicamente. Lo ven los (...) demás, pero tu no". [Hombre Entrevistado]

"Me preocupa que ella este bien, me preocupa que ella se sienta bien, conmigo claro. Para mí es mi principal motivación, ella es mi motivación, que ella este feliz y este a gusto conmigo es mi principal motivación (...) Se que si volviese a jugar o algo entonces se iba a acabar" [Hombre Entrevistado]

"Un sitio que me cuiden es lo mejor (...) se porta la gente muy bien conmigo (...) fumar, es lo que me queda ahora, me gustaría mucho dejar de fumar, pero no sé cómo" [Hombre Entrevistado]

"Mejorar en todos los sentidos y olvidarme del tema de la adicción (..) yo quiero olvidar porque para mí ha sido una etapa muy dura, me ha perjudicado familiarmente con mi mujer y moralmente conmigo que me he sentido una mierda (...) y ahora estoy muy bien, creo que recuperándome" [Hombre Entrevistado]

"Estar todo el día sentado y hablar con los amiguetes (..) Me gusta el dominó pero los amigos que tengo aquí no saben jugar al dominó" [Hombre Entrevistado]

6. CONCLUSIONES

En España las personas mayores, en general, presentan tasas de menor consumo en comparación con la población general, salvo en lo concerniente a la farmacología. Esto no significa que no sea un consumo significativo. En el estudio cuantitativo del año 2022 sobre esta misma problemática los resultados concluyeron que el 55,1% tomó ansiolíticos y/o antidepresivos, el 52% de los encuestados declararon haber consumido alcohol en los últimos doce meses, que el 45% jugó con dinero y 9,9% había consumido sustancias ilegales en el último año. Sólo atendiendo a las sustancias farmacológicas se observa un mayor consumo en las mujeres.

En el ámbito del consumo de sustancias, las mujeres suelen tener tasas más bajas. Esto se debe a que el cumplimiento de los roles tradicionales de cuidadora ha sido considerado como un factor de protección, ya que aleja a las mujeres del consumo y conlleva una mayor penalización social cuando hablamos de desarrollar una adicción. En el caso de la adicción, esta perspectiva se mantiene, ya que las mujeres presentan tasas más bajas de afectación y son más penalizadas socialmente, especialmente entre aquellas que tengan hijos/as a su cargo.

El análisis de las entrevistas ha dejado entrever que entre los hombres y las mujeres mayores con adicciones existen diferencias significativas a la hora de actuar, pensar y sentir. De la misma manera se ven diferencias significativas en el tipo de adicción. Las personas mayores con adicciones con sustancia (legales o ilegales) como sin sustancia muestran similitudes entre ellas y esto se ha apreciado en el discurso y en las palabras escondidas del mismo.

En el caso de las diferencias en cuanto al género cabe mencionar que en los discursos se ha vislumbrado en las mujeres mayor emoción a la hora de contar sus historias, así como culpabilidad, mientras que en los hombres mayor racionalidad, habiendo echado en falta cierta emocionalidad, lo que se podría relacionar con la "vergüenza" de mostrar las emociones en el caso masculino. No se debe olvidar los mandatos de género, que son más agudos en el caso de las personas más mayores de la sociedad.

Respecto a las experiencias vitales las mujeres declararon tener una infancia difícil en general en comparación con los hombres. Éstos hablaban de una infancia feliz mientras que ellas describían experiencias traumáticas que las han acompañado a lo largo de su vida y de las que de alguna manera necesitan escapar. Es decir, las mujeres legitiman su consumo a través de los problemas previos. Esto tiene relación con los mandatos de género donde prevalece a la sensibilidad y la emoción, la expresión emocional, en la mujer frente a la racionalidad de los hombres donde el discurso está más enfocado las consecuencias del consumo o comportamiento. Encontramos la reproducción de estos roles en sus discursos.

En cuanto al tipo de adicción se observaba mayor sufrimiento en torno a la infancia en las encuestadas con consumo de sustancias ilegales, esto se podría deber a la mayor estigmatización de estas sustancias de carácter ilegal ya que es un comportamiento criminalizado por la sociedad.

En el caso de la muestra recogida, encontramos diferencias en relación al inicio de los consumos, ya que en ellas reflejan inicios tempranos frente a inicios más tardíos por parte de los hombres entrevistados. La iniciación en el juego, además, se observa más tardía, más reactiva, igual que respecto al alcohol. Ambos son comportamientos normalizados socialmente, lo que suscita que quizás este comportamiento fue más temprano pero el uso problemático se dio con el tiempo. Las sustancias ilegales, por el contrario, no está

aceptado socialmente por lo que las mujeres encuestadas con esta adicción tienen una mejor localización del momento de iniciación que los que tienen una trayectoria de consumo de alcohol o el juego.

En cuanto a motivaciones y atribuciones ellas lo atribuyen principalmente a lo íntimo o al entorno mientras que los hombres lo asocian a situaciones más sociales, específicamente al mundo laboral e incluso al éxito. En el caso de las mujeres encontramos la soledad, el exceso de responsabilidad, la vulnerabilidad. Es decir, encontramos patrones relacionados con el mandato de ser amadas y aceptadas, así como el de cuidadoras. En el caso de ellos se observa la relación con el ámbito laboral especialmente, una ruptura con el “éxito” que proporciona el trabajo ya sea por razones casuísticas o consecuentes. Un enfrentamiento entre lo público para los hombres (el éxito) y lo privado para las mujeres (ser amadas y ser cuidadoras).

Las consecuencias han afectado a todas las personas entrevistadas en multitud de ámbitos de su vida, en el personal, en el social, en el familiar, en el laboral. Pero se observan más consecuencias en las personas mayores con adicción a las sustancias ilegales y al alcohol que en el resto de los perfiles entrevistados y con especial relevancia en las mujeres. Si se atiende a las consecuencias en torno a la maternidad y la paternidad una minoría de las personas entrevistadas guardan una buena relación con sus hijos/as, y se puede observar respecto a ello sentimientos de culpabilidad en las mujeres y sentimientos de vergüenza en el caso de los hombres, mecanismos de control social asociados a cada género que son muy visibles si se observa la relación que las personas entrevistadas tienen con sus hijos/as.

La ayuda recibida ha sido positiva en las personas entrevistadas, quienes declaran agradecimiento hacia las ayudas recibidas por parte de las instituciones y recursos que les han acompañado en el camino. En lo que respecta al apoyo social y familiar, estos son mayoritarios en el caso de los hombres, quienes suelen contar con el soporte de mujeres como sus madres, parejas o hijas. Esto concuerda con los altos porcentajes de mujeres que asisten a los servicios de atención a las familias de la Red UNAD.

La actitud, se vuelve a ver diferencias significativas respecto al género ya que las mujeres muestran una actitud más positiva frente a los hombres que tienen una actitud más resignada frente a la vida.

En cuanto a los estigmas, por la edad y la adicción, no se han encontrado a penas estigmas declarados directamente en las entrevistas, pero si en el conjunto del discurso, o, dicho de otra manera, detrás de los propios discursos. Las mujeres muestran mayor sufrimiento en cuanto a su entorno y la adicción o lo expresan de forma más abierta que los hombres. Sufren una mayor penalización social por el hecho de ser mujeres y consumir, ya que rompe los estereotipos asociados a su género.

Experiencias relacionadas con la estigmatización del género encontramos más que respecto a la edad lo que nos indica que sigue existiendo una brecha significativa entre hombres y mujeres, pues, si bien las entrevistadas no se ha sentido nunca discriminadas por su edad, si lo han hecho por su género. Es importante recordar que el hecho de que las personas no se sientan discriminadas no significa que no lo estén, ya que la normalización de ciertas situaciones genera que las personas no se den cuenta de que se les está estigmatizando. Como ya se ha observado en los resultados, las mujeres hablan sobre la relación con sus hijos/as, que en general, es negativa debido a sus experiencias relacionadas con la adicción, y es aquí donde encontramos un estigma relacionado con la adicción y la maternidad, ya que mientras los hombres no sienten o no declaran culpabilidad relacionada con la paternidad las mujeres sí lo hacen.

Del mismo modo, hay que recordar que las mujeres con adicción a las sustancias ilegales también declaran prejuicios que han soportado relacionados con la promiscuidad. Además, encontramos en estas mujeres

vivencias relacionadas con la violencia de género, lo que nos permite reafirmar la mayor probabilidad de sufrir este tipo de violencia cuando las mujeres tienen un consumo o adicción relacionado con las sustancias ilegales según una gran diversidad de estudios.

En conclusión, este estudio destaca la importancia de abordar las adicciones en personas mayores desde una perspectiva de género. Existen diferencias significativas en términos de comportamiento, experiencias vitales, iniciación, motivaciones, consecuencias, estigmas, ayuda recibida y actitud. Cabe señalar que los estereotipos asociados al género se hacen más visibles en este grupo etario que en la población más joven. Estas diferencias resaltan la necesidad de comprender y atender las necesidades específicas de cada grupo, con el objetivo de proporcionar un apoyo adecuado y eficaz a las personas mayores con adicciones, y especialmente a las mujeres mayores con adicciones.

7. PROPUESTAS

La creación de protocolos específicos sirve de herramienta para abordar las adicciones en personas mayores. Lares en el año 2021 creó un protocolo de identificación de problemas asociados al consumo de sustancias entre personas mayores que ingresan en residencias. Por otro lado, Unad creó en 2022 un protocolo de detección implícita de violencia de género en mujeres con adicciones. Este protocolo es fundamental ya que como hemos podido observar en los resultados las mujeres asociadas al consumo de sustancias ilegales tienen una mayor probabilidad de sufrir este tipo de violencia y, poder adaptarlo a las mujeres mayores, es un reto y un beneficio para este grupo invisibilizado de la sociedad. A continuación, se explica con más detalle estos dos protocolos.

El grupo social Lares, en su investigación publicada en 2021, "Protocolo de identificación de problemas asociados al consumo de sustancias entre personas mayores que ingresan en residencias", elaboró un protocolo, como una propuesta flexible, para ayudar a aquellos mayores con la problemática que nos ocupa que ingresaban en una residencia.

Se propone recabar información sobre los hábitos de consumo de drogas y comportamientos adictivos de los residentes desde el momento de su llegada. Esto se puede hacer a través de preguntas sobre el consumo de café, alcohol, tabaco y otras sustancias, así como sobre los hábitos relacionados con el juego. También es importante mantener un seguimiento y vigilancia de los residentes para detectar cualquier cambio en sus hábitos de consumo o comportamientos adictivos. Es conveniente preguntar a los familiares o al entorno más cercano de las personas que van a ingresar en la residencia sobre estas cuestiones para completar la visión. La familia puede influir en el desarrollo sano y equilibrado de sus miembros, por lo que es importante apoyar esa potencialidad.

En el caso de las personas que llegan derivadas, ya sea de otras residencias, servicios sociales, hospitales u otras instituciones, es importante ampliar la información sobre estos temas en el momento de la llegada. En las residencias que acogen personas con enfermedades mentales, historial de marginación social o consumidores de drogas, el protocolo de acogida debe ser más específico y recoger con detalle su historial sanitario y social, medicación y situación actual.

Durante la estancia en la residencia, el equipo técnico debe estar vigilante sobre temas relacionados con el consumo de drogas y comportamientos adictivos. En el caso de las personas con consumo o gusto por el juego, se debe estar atento para que estos hábitos no supongan un riesgo para su salud y la de los demás. Para detectar precozmente si algunos de estos hábitos se están desarrollando en otros/as residentes, las conversaciones diarias del equipo técnico serán suficientes, pero también se pueden mantener reuniones con la persona y/o sus familiares.

La idea de esta propuesta del Grupo Social Lares es organizar el trabajo para anticiparse, y en vez de utilizar el modelo de intervención cuando se registra un problema de consumo de drogas o algún comportamiento de ludopatía, hacerlo con carácter previo para anticiparse al problema. Recomienda a las residencias la elaboración del mapeo del entorno en el que están ubicadas. El mapeo puede ser tan detallado como se considere oportuno, pero el tema que nos ocupa debe incluir cualquier establecimiento o espacio en el que puedan consumirse o adquirirse sustancias psicoactivas, legales o ilegales, y lugares en los que puedan desarrollarse actividades relacionadas con la ludopatía.

Del mismo modo desde Unad se ha publicado, en el año 2022, un “Protocolo de detección implícita de género en mujeres con adicciones (DIVG-MA-UNAD)”. El objetivo de este protocolo es ayudar a los/as profesionales que atienden a mujeres con adicciones a detectar la violencia de género, incluso cuando las mujeres no verbalizan explícitamente sus experiencias. El protocolo incorpora dimensiones y factores de riesgo necesarios para identificar situaciones de victimización. No es un protocolo diagnóstico ni un test con puntuaciones, sino una herramienta que facilita al profesional la validación de sus sospechas y aborda la situación de la mujer como víctima. Puede ser utilizado en cualquier fase del proceso de rehabilitación. Se ha considerado oportuno hablar de este protocolo debido a la invisibilización de las mujeres mayores que sufren o han sufrido este tipo de violencia.

El protocolo se divide en dos partes: las dimensiones y factores de riesgo identificados como relevantes para las mujeres con adicciones, y los aspectos concluidos por los profesionales y las víctimas como relevantes para una intervención efectiva. También se incluyen los instrumentos de detección utilizados relacionados con la violencia de género en el ámbito sanitario.

El formulario proporciona áreas necesarias para la exploración de detección, y las dimensiones deben identificarse a partir de la información proporcionada por las mujeres, otros/as profesionales y otras fuentes consistentes con los factores y dimensiones propuestos. Las preguntas incluidas en el protocolo son orientativas para el personal profesional y no deben trasladarse textualmente a la mujer. Los equipos profesionales deben analizar la información proporcionada por la mujer y validarla con las áreas expuestas en el protocolo. No es un instrumento diagnóstico ni tiene puntuaciones, sino una herramienta que ayuda a los equipos a validar su sospecha de violencia de género y facilitar la identificación de la mujer como víctima para abordarla en la intervención terapéutica.

Las dimensiones incluyen manifestaciones de violencia, barreras que condicionan la ruptura en las relaciones de pareja, impacto de las redes sociales, antecedentes de victimización en la infancia y adolescencia, relaciones afectivas tóxicas en el ámbito familiar y social, y comportamiento del victimario. Cada dimensión se divide en categorías que exploran diferentes aspectos relacionados con la violencia de género y las adicciones en las mujeres.

Una vez planteada la idea de la anticipación es conveniente proponer ideas sujetas a la intervención. Por un lado, respecto a las personas mayores con adicciones y, por otro, respecto a las mujeres mayores con adicciones.

La creación de recursos específicos adaptados a la perspectiva integral tiene mayor importancia en cuanto a personas mayores se refiere. El tratamiento integral es específicamente importante en torno a las personas mayores, pues es habitual que los problemas de adicción estén acompañados de problemas de salud física y mental. En algunos casos, las personas mayores pueden tener problemas médicos o psiquiátricos concurrentes que también necesitan ser tratados. Un enfoque integrado de tratamiento aborda tanto la adicción como otros problemas de salud de manera simultánea. Es necesario hacer hincapié en la problemática que, en muchas ocasiones, supone identificar una adicción en estas personas de edad más avanzada debido a su salud física o al uso de medicamentos. Es por ello, que se consideraría beneficioso profundizar en la coordinación que existe en el área sociosanitaria. Sería fundamental que el sector sanitario pudiera obtener, de la familia, amigos u otros profesionales, la información necesaria para poder contribuir a esta problemática. Establecer circuitos entre profesionales del ámbito de las adicciones, la geriatría, la atención primaria y las redes sociales en definitiva.

La formación a profesionales en envejecimiento y adicciones es necesaria. Es importante que los programas de tratamiento puedan enfocarse en desarrollar estrategias específicas, realistas y sostenibles para ayudar a las personas mayores a mantener su recuperación a largo plazo a través de un apoyo continuo. Realizar terapias psicológicas específicas de mayor duración y frecuencia, además del seguimiento multidisciplinar.

Además, en el caso de este grupo social específico y tras esta investigación se considera de especial relevancia las redes sociales de la persona con algún tipo de adicción, es decir el apoyo de sus allegados, así como las ganas de vivir y recuperarse. Es necesario denunciar la necesidad que las personas tienen de sentirse apoyadas, pues si bien es importante su motivación y compromiso personal, es fundamental el apoyo y comprensión de su entorno, y especialmente de los más allegados.

En cuanto al tiempo libre y las personas mayores se ha observado la importancia de tener aficiones o actividades. La inserción laboral no es una alternativa para este grupo de edad por lo que hay que profundizar con estas personas sus aficiones e intereses más que en el resto de la población, ya que se considera clave para su recuperación.

En el caso de las mujeres mayores con adicciones se consideraría efectivo una formación en género específica para los equipos profesionales. Algunos programas cuentan con recursos y servicios no mixtos específicamente diseñados para abordar las necesidades y experiencias únicas de las mujeres mayores con adicciones. Esto puede incluir discusiones sobre roles de género, relaciones familiares y sociales, y otros temas relevantes. Además, las mujeres mayores a menudo enfrentan desafíos únicos en términos de apoyo emocional y social. Los programas de tratamiento pueden ofrecer grupos de apoyo específicos para mujeres mayores, donde pueden compartir sus experiencias y recibir apoyo de otras personas que se encuentran en situaciones similares. También se considera relevante hacer terapias grupales de concienciación en grupos mixtos para poder transmitir a ambos sexos las diferencias de género que existen y concienciar a ambos.

Por último, fomentar el estudio y la investigación en este ámbito es clave para visibilizar esta realidad y continuar mejorando la vida de las personas mayores con adicciones.

En resumen, las propuestas relacionadas con las adicciones de personas mayores incluyen recabar información, realizar seguimiento y vigilancia, elaborar un protocolo de acogida específico, realizar un mapeo del entorno, implementar políticas de prevención y tratamiento, así como formar a profesionales tanto en adicciones como en envejecimiento desde una perspectiva de género y ofrecer tratamientos adecuados a las necesidades individuales de cada persona. En este caso, específicos para personas mayores y específicos para mujeres mayores con adicciones, ya que enfrentan diferentes obstáculos al resto de la población. Estas propuestas buscan anticiparse al problema y brindar un apoyo integral a las personas mayores que enfrentan esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

Abreu, I. D., Delgado, I., Peña, T. A., Reyes, V. E., & Castro, V. H. (s.f.). *Las adicciones en el adulto mayor: contexto actual*. Recuperado el 5 de Septiembre de 2023, de monografias:

<https://www.monografias.com/trabajos93/adicciones-adulto-mayor-contexto-actual/adicciones-adulto-mayor-contexto-actual>

Adicción. (2014). Recuperado el 29 de Agosto de 2023, de Real Academia Española:

<https://dle.rae.es/adicci%C3%B3n>

Adictalia, E. (26 de Octubre de 2020). *Tipos de adicciones que existen*. Recuperado el 31 de Agosto de 2023, de Adictalia:

<https://www.adictalia.es/noticias/tipos-adicciones/>

Alonso, L. C. (2023). *Adicciones en la tercera edad: una realidad invisibilizada*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2023, de Fundación Instituto Spiral:

<https://fispiral.com.es/adicciones-tercera-edad/>

Alonso, L. E. (2003). *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa* (Segunda ed.). Fundamentos.

Báez, M. (26 de Enero de 2020). *Las adicciones en personas mayores, una realidad "olvidada" que exige una intervención*. Recuperado el 31 de Agosto de 2023, de 65ymas:

https://www.65ymas.com/salud/medicina-preventiva/adicciones-personas-mayores_12109_102.html

Cantos, R. (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Fundación Atenea.

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., & Tubert, S. (2007). *Intervención de Drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Centro de Psicología Gerontológica-Cepsiger. (2000). *Términos claves sobre envejecimiento, vejez y temas afines*.

Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. (2011). *Mujeres y Adicciones*. IEPSA.

Conde-Ruiz, J. I., & Gonzalez, C. I. (2021). *El proceso de envejecimiento en España*. FEDEA.

Cuáles son los tipos de tratamientos para adicciones y el consumo problemático de sustancias. (2023). Recuperado el 6 de octubre de 2023, de Partnership to end addiction:

<https://drugfree.org/articulo/cuales-son-los-tipos-de-tratamientos-para-las-adicciones-y-el-consumo-problematico-de-sustancias/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones, 2017-2024*. Ministerio de Sanidad.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2022). *Encuesta Sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) 1995-2022*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Dirección General de Ordenación al Juego. (2015). *Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Dirección General de Ordenación al Juego. (2017). *Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno del juego en población clínica española*. Ministerio de Hacienda y Función Pública.

Dirección General de ordenación al juego. (2015). *Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos en España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Echevarria, G. (2005). *Análisis cualitativo por categorías*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Psicología.

Equipo Adictalia. (14 de Julio de 2020). *Enfermedad de la adicción: reconocida por la OMS pero estigmatizada por la sociedad*. Recuperado el 5 de Septiembre de 2023, de Adictalia:
<https://www.adictalia.es/noticias/la-adiccion-es-una-enfermedad/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). *Treatment and Care for Older Drug Users*. Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *Older people and drugs: health and social responses*.

Ferrando, J. P., Corrales, S. M., Juan, G. F., Campillo-Artero, C., & Martín, B. B. (Octubre de 2021). *Intoxicaciones en la tercera edad*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2023, de ScienceDirect:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256520302277>

García, P. O., & Mira, E. C. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis del discurso. *Acta Sociológica* Núm.63, 121-144.

Gómez, A. P., & Muñoz, M. C. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit* 17(2), 211-222.

González, M. E. (2022). *Personas mayores y adicciones: un diagnóstico de Lares y Unad con perspectiva de género*.

Healthwise. (22 de Marzo de 2023). *Problemas de consumo de sustancias entre los adultos mayores*. Recuperado el 5 de Octubre de 2023, de Healthwise:
<https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/problemas-de-consumo-de-sustancias-entre-los-ug4806>

Hervás, E. S., & Gradolí, V. T. (Enero de 2001). *Intervención psicológica en conductas adictivas*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2023, de Elsevier:
<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721>

INE. (13 de Octubre de 2022). *Proyecciones de población 2022-2072*. Obtenido de INE.

Iribarría, J. d. (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Salud y drogas*, 5(2), 117-135.

Jarpa-Arriagada, C. G., Carrasco, Y. P., & Rojas, D. E. (2020). Drogas y rehabilitación: historia de vida de mujeres consumidoras. *Intervención*, 10(1), 38-61.

Kronblit, A. L. (2007). Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. 9-33.

Kuerbis, A., & Sacco, P. (2013). A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Substance Abuse: Research and Treatment* 7, 13-37.

Las adicciones de las personas mayores...¿hablamos de una realidad oculta? (Mayo de 2016). Recuperado el 26 de Septiembre de 2023, de geriatricarea:

<https://www.geriatricarea.com/2016/05/24/la-adicciones-las-personas-mayores-una-realidad-oculta/>

Linares, J. J., Fuentes, M. d., Jurado, M. d., Rubio, I. M., & Flores, F. S. (2014). Adicciones y envejecimiento: perfil de pacientes adultos mayores atendidos en una Unidad de Atención de Adicciones. En A. I. Sieso, R. L. Bernués, & Y. M. Román, *Investigación en salud y envejecimiento: Volumen I* (págs. 31-35). Asociación Universal de Educación y Psicología.

López-Gonzalez, H., & Estevez, A. (2019). ¿Está aumentando la población con adicción al juego? *Norte de salud mental XVI(60)*, 77-83.

Martínez, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis, S.A.

Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del Siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental* 24(4), 3-19.

Mollá, M. P., & Pastor, F. P. (2017). El estigma de la persona adicta. *Adicciones* 29(4), 223-226.

Montañés, M. C. (2006). Adicción al juego: sesgos y heurísticos implicados en el juego de azar. *Revista española de drogodependencias* 31(1), 173-184.

Moya, J. G., Gómez, A. A., Vilanova, A. M., & Rodríguez, D. M. (2010). Mujeres y uso de alcohol en las sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencias* 35(3), 273-284.

National Institute on Drug Abuse. (Julio de 2020). *El consumo de drogas entre los adultos mayores*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2023, de NIH:

<https://nida.nih.gov/es/publications/el-consumo-de-drogas-entre-los-adultos-mayores>

Nieto, J. M. (2019). *Abuelos y Abuelas Preventores. Manual para la participación de las personas mayores en la prevención de riesgos asociados al consumo de drogas*. Asociación Lares.

Nieto, J. M. (2021). *Protocolo de identificación de problemas asociados al consumo de sustancias entre personas mayores que ingresan en residencias*. Grupo Social Lares.

Observatorio Español de las Drogas y las adicciones. (2021). *ESDAM 2019/2020 Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2008). *Drogas en el punto de mira*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2022). *Informe Europeo Sobre Drogas 2022: Tendencias y Novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de Investigación Cualitativa* (Quinta ed.). Deusto.

Oroz, N., Cervero, Y., & Martínez, I. (2020). *¿Encuentran las mujeres obstáculos para acceder y mantenerse en los recursos de tratamiento de adicciones? Análisis de la situación actual*. Emakunde.

Paredes, A. J., & Beltrán, O. M. (2015). *Problemática de las drogas. Orientaciones generales*. Quatro Hnos.

Picado Valverde, E. M., Guzmán Ordaz, R., Yurrebaso Macho, A., García Valverde, E., Antón Rubio, C., del Álamo Gómez, N.,... Nieto Libroero, A. B. (2022). *Protocolo de detección implícita de Violencia de Género en mujeres con adicciones (DIVG-MA-UNAD)*. UNAD.

Rodríguez, R. V. (2005). Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego: una de las adicciones no convencionales. *Salud y drogas* 5(1), 77-97.

Romo, N. (s.f.). Género y uso de drogas: la invisibilidad de ls mujeres. *Universidad de Granada*, 69-83.

Sociedad Española de Toxicomanias. (2006). Manual Introductorio a la Investigación de drogodependencias. *Formación continuada de trastornos adictivos 3*.

Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones. (2011). El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas.

Wu, L.-T., & Blazer, D. G. (2014). Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *International Journal of Epidemiology* 43, 304-317.

ANEXOS

ANEXO I: NOTAS Y ACLARACIONES SOBRE EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

La técnica utilizada para recoger la información, en este caso, será la entrevista semiestructurada. Es una técnica para lograr que un individuo transmita oralmente al entrevistador su definición personal de una situación, en este caso de su historia de vida y como ha influido en ella las adicciones.

La **entrevista** tiene como objetivo comprender en lugar de explicar. Busca maximizar el significado del testimonio del entrevistado, utilizando un formato de estímulo/respuesta con sinceridad subjetiva en lugar de una respuesta objetivamente verdadera.

La entrevista no es un intercambio social espontáneo, sino un proceso artificial en el que el entrevistador crea una situación concreta que no es neutral. Tanto la persona entrevistadora como la entrevistada están involucradas en esta situación, lo que a menudo conduce a significados que solo pueden expresarse y comprenderse en este marco de interacción mutua, influyendo en ello las características personales de ambos.

La entrevista surge de la ignorancia consciente del personal entrevistador, que no supone que conoce el sentido que las personas dan a sus actos, sino que se compromete a preguntarles directamente para que ellos lo expresen en sus propios términos y con profundidad.

Es una conversación, no un interrogatorio o una pesquisa policial improvisada. La conversación no sigue un esquema rígido y puede retroceder o retomar temas previos. Debe ser alimentada con incentivos que fomenten la motivación, interés y participación espontánea del entrevistado. La relación entre entrevistadores/as y entrevistados/as debe ser amistosa pero no aduladora, servilista, autoritaria o paternalista.

Los primeros momentos de la entrevista consisten en comentarios y preguntas superficiales, generales y abiertas, en las que el equipo profesional tiene la iniciativa en la conversación. Luego, de forma sutil pero eficaz, pueden presionar para cambiar el ritmo, profundidad y densidad de los comentarios. Los temas deben tratarse desde lo más amplio a lo más específico, de lo más superficial a lo más profundo, y las preguntas deben ser de lo más impersonal a lo más personalizado, de lo más informativo a lo más interpretativo, para abordar los temas que puedan estar "bloqueados" por alguna razón.

El equipo entrevistador explicará el objetivo y motivación del estudio. Realizará preguntas sin un esquema fijo de categorías de respuesta y podrá cambiar el orden y la forma de las preguntas, añadiendo nuevas si es necesario. Explicará el sentido de las preguntas e improvisará si es necesario.

El personal entrevistador adoptará el estilo de "oyente interesado" pero no evaluará las respuestas. También controlará el ritmo de la entrevista en función de las respuestas del entrevistado y podrá redirigir la temática si es necesario. Durante la entrevista, establecerá una "relación equilibrada" entre familiaridad y profesionalidad.

Su objetivo es encontrar lo importante y significativo en la mente de los informantes, sus perspectivas, interpretaciones y cómo experimentan su propio mundo. Estos encuentros buscan comprender las perspectivas de los informantes sobre sus vidas, experiencias o situaciones, tal como ellos las expresan.

De igual forma intenta establecer una relación personal con las personas entrevistadas, comenzando lentamente con preguntas no directivas y aprendiendo lo que es importante para ellos y ellas antes de abordar el tema central de la investigación. A medida que avanza la conversación, el personal profesional se interesa más por las interpretaciones que por los hechos, por los sentimientos que, por los conocimientos, por las interpretaciones que por las descripciones, y trata a la persona entrevistada como un sujeto apasionado, parcial y comprometido, sin buscar la objetividad y neutralidad descriptiva.

El personal entrevistador se acerca gradualmente al mundo simbólico de las personas entrevistadas, comenzando con preguntas amplias basadas en experiencias personales similares. Se acerca cada vez más al núcleo de la experiencia y el mundo interior de la persona entrevistada o mediante preguntas que se van centrando más en el tiempo y espacio simbólico. Es recomendable combinar preguntas abiertas que le permitan expresarse libremente, con preguntas cerradas que verifiquen ciertas afirmaciones o datos.

Se renuncia a la objetividad neutral en favor de la empatía, para conectar con el mundo subjetivo de la persona entrevistada.

En una entrevista, no se dice lo mismo a padres, jueces, profesionales de la abogacía o amigos/as. Por lo tanto, es crucial que el equipo de profesionales entienda la situación y utilicen los términos apropiados para la interacción social.

La empatía es esencial para una verdadera comunicación interpersonal. El equipo de profesionales debe persuadir sobre el interés, utilidad y oportunidad de la entrevista, identificando los objetivos y condiciones básicas.

Los equipos deben estar dispuestos a renunciar a insistir demasiado en un tema, a forzar respuestas o a invadir el espacio de las personas entrevistadas. Formas sutiles de invasión pueden cambiar la naturaleza de la entrevista y hacerla perder profundidad y capacidad de obtener información.

No se debe preguntar cualquier cosa sin considerar el interés de la persona entrevistada, ya que esto podría romper la interacción social y afectar la calidad de la conversación.

La entrevista es un acto de interacción personal donde se intercambia información, en la que el personal entrevistador transmite interés, motivación y confianza, mientras que las personas entrevistadas devuelven información personal. Ambos pueden influirse mutuamente.

Es importante que se preste atención al lenguaje corporal de las personas entrevistadas y se mantenga una actitud natural y sin juicios. Se debe saber cuándo utilizar el silencio, es decir, no interrumpirles con preguntas inapropiadas.

Los equipos deben tener la capacidad de interpretar correctamente lo que las personas entrevistadas desean transmitir. La comprensión se basa en la empatía y la discreción para crear un ambiente de solidaridad.

Es fundamental reflejar los sentimientos de las personas entrevistadas y resumirlos periódicamente para demostrar que comprende el mensaje recibido.

Las personas entrevistadas recibirán un conjunto personalizado de preguntas, adaptadas a su experiencia de vida. Tienen el derecho de comprender el propósito y la motivación del estudio, y solo deben responder a las preguntas que deseen. Es importante destacar que las personas encuestadas deberán firmar el

consentimiento informado que se encuentra al final de esta guía. Si es posible, se podría acompañar las entrevistas con fotografías, ya sea de las personas encuestadas de frente o de espaldas si prefiere no mostrar su rostro, o incluso de sus manos o algún objeto mencionado en la entrevista.

Las **respuestas de la entrevista** son abiertas y no tienen respuestas predefinidas. Se grabarán en formato digital con el fin de registrar, analizar y conservar la información obtenida. La entrevista consiste en una conversación intensa que requiere el mismo nivel de interés y concentración de las dos personas intervinientes. Tomar notas mecánicamente mediante una cámara o grabadora permite al equipo trabajar al máximo de sus capacidades, pero existe el riesgo de restar espontaneidad a la persona encuestada e incluso bloquearlo por completo. Para minimizar este riesgo, se proporcionarán explicaciones antes de la entrevista y se crearán un ambiente de confianza y confidencialidad. Por último, la grabación debe incluir información relevante como la fecha, el lugar y las condiciones, así como el contexto y otros datos que enriquezcan la interpretación de la información obtenida. Esta información puede ser grabada antes o después del encuentro con el entrevistado.

ANEXO II: GUIÓN ENTREVISTA

Nota para el equipo entrevistador: las preguntas son a modo de ejemplo de aquello (o a través de lo cual) que queremos averiguar. La conversación debe ser lo más natural posible, siguiendo una línea y con un lenguaje coloquial y cercano. No hay un orden estipulado para las preguntas, de hecho lo más adecuado sería empezar por su niñez y adolescencia.

ENTREVISTA

Nombre del profesional entrevistador:

Introducción:

Desde Lares y UNAD estamos investigando a las personas mayores y las adicciones y, es por ello, que nos gustaría que colaborase con nuestra investigación contestando a unas preguntas. Gracias a tu participación daremos mayor visibilidad a esta problemática y pretendemos que gracias a ello se implanten acciones sociales o políticas que ayuden a estas personas. Le garantizamos el anonimato de sus datos y el uso únicamente para la realización y divulgación del estudio.

Nombre:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Comunidad Autónoma:

Zona de residencia: rural/semiurbana/urbana

Nacionalidad:

TEMA 1: DIMENSIÓN TEMPORAL: trataremos de encontrar situaciones que le hayan influido en su proceso de consumo/adicción. A través del núcleo familiar es probable encontrar y profundizar sobre roles o estigmas asociados al género.

1.1. SOCIALIZACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA: núcleo familiar, relaciones/lazos afectivos, traumas, violencia, consumo.

Durante esta etapa ¿podías observar diferencias en los roles de género dentro del ámbito familiar? ¿Cómo crees que te pudo influir en tus actitudes y comportamientos?

Núcleo familiar ¿Cómo era tu relación con tu núcleo familiar? ¿Y entre ellos? ¿En quién confiabas más? ¿Pudiste observar algún tipo de adicción? ¿Qué estudios tenían y a que se dedicaban?

¿Cuáles eran tus ambiciones, tus deseos?

¿Tenías algún hobby o realizabas algún tipo de actividad asiduamente?

¿Eras un buen estudiante?

¿Sufriste algún tipo de violencia?

¿Cómo eran tus relaciones? Tus amistades/relaciones sentimentales

¿Destacarías algún acontecimiento/tipo de violencia personal, familiar y/o social que marcara tu vida?

¿Recuerdas alguna situación relacionada con el consumo en tu entorno?

1.2. MADUREZ

¿A qué te has dedicado a lo largo de tu vida? ¿Qué estudios tienes? ¿qué trabajos has tenido?

¿Estas/estuviste casado/a? ¿Tienes hijos/as y/o nietos/as?

¿Qué tipo de relación tenías con las personas convivientes de tu hogar?

¿Qué relación tenías con tu núcleo familiar de referencia?

Cuéntame sobre tus relaciones tanto de amistad como sentimentales.

¿Destacarías algún acontecimiento/tipo de violencia personal, familiar y/o social en esta etapa?

Tu consumo durante esta etapa era...

1.3. ACTUALIDAD

¿Consumo actual?

¿Dónde te encuentras? ¿Cómo te sientes en esta institución?

¿Te sientes apoyado/a? ¿Qué es lo que más y lo que menos te gusta?

¿Tienes muchas visitas?

TEMA 2: ADICCIONES

2.1. COMIENZO Y ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES

¿Te acuerdas de la primera vez que consumiste/apostaste dinero? ¿Te acuerdas de lo que sentiste?

¿Qué crees que fue lo que motivó tu consumo?

¿Se lo atribuyes a algún acontecimiento en especial?

¿Qué te motiva/ha motivado a consumir?

¿Qué pensabas cuando consumías/habías consumido?

¿Qué consecuencias/acontecimientos/culpabilidades tuvo el consumo?

2.2. RECONOCIMIENTO ADICCIÓN: hay que tener en cuenta que no todo el mundo llega a reconocer la adicción. Solo profundizar en este tema si se considera relevante

¿Cómo viviste el proceso de recreación a la adicción?

¿Cuándo o cómo pensaste por primera vez que podrías tener una adicción?

¿Te había dicho alguien de tu círculo algo sobre esto con anterioridad?

2.3. REHABILITACIÓN: hay que tener en cuenta que no todo el mundo abandona el consumo/la adicción. A veces el sujeto nunca se ha planteado el abandono del consumo o simplemente reducen el consumo. Solo profundizar en este tema si se considera es relevante.

¿Cuándo te planteaste pedir ayuda?

¿Cuánto tardaste en pedir ayuda?

¿Qué te animó a hacerlo?

¿Qué tipo impedimentos pudiste encontrar?

¿Qué opinas sobre las ayudas que se prestan a las personas con adicción?

¿Consideras que la ayuda prestada debería ser diferente para hombres que para mujeres?

¿Qué recursos conocías?

Alguna sugerencia

TEMA 3: LAZOS FAMILIARES Y DE AMISTAD. LA RED DE APOYO: la red de apoyo es esencial. Es importante indagar también en el plano temporal, como por ejemplo quien crees que ha estado siempre o quien ha sido intermitente.

¿Con quién dirías que tienes más confianza en el momento actual?

¿Guardas relación con tus familiares?

¿Y con tus amigos?

¿Te has sentido apoyado a lo largo de tu vida?

¿Te gusta vivir en un centro?

TEMA 4: TIEMPO LIBRE

¿A qué lo dedicas?

¿Haces diferentes actividades en fin de semana que entre semana?

Cuéntame un día normal ¿qué haces a lo largo del día?

TEMA 5: AUTOPERCEPCIÓN

5.1. SALUD: intentaremos averiguar si el entrevistado encuentra relación entre su salud física y su adicción.

¿Cómo dirías que te sientes respecto a tu salud física?

¿Consideras que tu adicción ha influido en tu estado físico/mental actual?

5.2. RIESGOS

¿Crees que una persona con consumo/adicciones conlleva un mayor riesgo para la salud física o mental?

¿Consideras que el consumo de cualquier sustancia conlleva cualquier tipo de consecuencia física o mental?

¿Crees en el consumo "responsable"?

TEMA 6: ESTEREOTIPOS Y ESTIGMATIZACIÓN: a través de esta temática debemos observar las formas de actuar, pensar y sentir respecto a la **edad, las adicciones y el género**, y hasta qué punto existe una naturalización de estos estereotipos/estigmas sociales con un lenguaje cercano a la persona entrevistada. Es decir, no es necesario hablar de estigmatización o estereotipos, pero si podríamos preguntarle por si se ha sentido discriminada/o o si creen que, por ejemplo, la edad le ha supuesto algún problema/impedimento alguna vez. Dependiendo del sujeto a estudiar podemos centrarnos en la naturalización de estos estereotipos o estigmas para averiguar qué piensa realmente el entrevistado

¿Hasta qué punto te has considerado alguna vez discriminado por la edad?

¿Por qué crees que se dan este tipo de discriminaciones respecto a la edad y/o porque existen?

¿Qué consecuencias tienen en las relaciones sociales y en la sociedad?

¿En quién crees que se da más? ¿En hombres o en mujeres? ¿y porque crees que sucede esto?

¿Hasta qué punto te has considerado alguna vez discriminado por tener una adicción?

¿Por qué crees que se dan este tipo de discriminaciones respecto a la adicción y/o porque existen?

¿Qué consecuencias tienen en las relaciones sociales y en la sociedad?

¿En quién crees que se da más? ¿En hombres o en mujeres? ¿y porque crees que sucede esto?

¿Consideras que hombres o mujeres tienen una mayor probabilidad de tener una adicción? ¿Por qué?

Los estereotipos de género asignan roles y funciones a hombres y mujeres, señala algunos que consideres importantes.

- Preguntaríamos sobre el grado de acuerdo respecto a los distintos roles: cuidados, crianza, cocina, limpieza, superioridad, inteligencia, habilidades

¿Consideras que la mujer está más capacitada para labores de cuidados?

¿Consideras que exista superioridad entre los géneros? ¿Quién dirías que es más trabajador/a? ¿y más listo/a? ¿por qué crees eso?

TEMA 7: PROPUESTAS Y VALORACIÓN

¿Qué le dirías a tu yo del futuro?

¿Se te ocurre alguna manera/actividad/proyecto que pudiese ayudar a las personas mayores con adicción?
¿Y concretamente a las mujeres?

¿Te ha gustado la entrevista? ¿Cómo te has sentido?

¿Consideras que hay algo que añadir?

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grupo Social Lares, que integra Lares Asociación con CIF G86963659, Lares Fundación con CIF G84935733 y Lares Federación con CIF G81708034, y situado en la calle / Calle Rios Rosas 11, Of. 4. 28003 Madrid, le informa como responsable del tratamiento, que se tomaran fotografías y grabaciones de este evento.

En un mismo sentido, le informamos que de conformidad con lo previsto en el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, Intimidad Personal y Familiar y a la propia Imagen, así como en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 (Reglamento General de Protección de Datos), para poder utilizar su imagen en cualquier canal de publicidad, así como en cualquier actividad pública o de difusión relacionada con la actividad y/o promoción de nuestra entidad, incluyendo las redes sociales y web, se hace preciso obtener su consentimiento expreso.

A estos efectos le informamos que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos, si usted nos autoriza expresamente, sus imágenes podrán ser usadas y/o publicadas a través de los medios de difusión de LARES (página web, newsletter, redes sociales, revista, etc) u otros canales de información con la finalidad de promocionar e informar sobre las actividades comerciales de nuestra entidad, así como con cualquier otra finalidad relacionada con nuestra actividad.

En cualquier momento puede retirar su consentimiento y dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad).

Conservaremos las imágenes durante el tiempo estrictamente necesario para el fin para la que hayan sido obtenidas y, en todo caso, durante el tiempo que nos exijan o permitan las leyes vigentes.

Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle: Lares Asociación / CIF: G86963659 / Calle Rios Rosas 11, Of. 4. 28003 Madrid.

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

X SI

NO Consiento que LARES pueda utilizar mis imágenes/grabaciones en los medios de difusión y/o comunicaciones habituales de la entidad, así como en web, redes sociales o cualquier publicación con carácter informativo o promocional.

NOMBRE:

DNI:

REPRESENTANTE LEGAL:

DNI:

En _____, a _____ de _____ del año 2023

Firma:

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) le ofrecemos la siguiente información con relación al tratamiento de sus datos personales: El responsable del tratamiento de sus datos es Asociación LARES, CIF G86963659 con sede en c/ Ríos Rosas, Nº 11, 4 28003, Madrid). Los datos que nos facilite serán tratados exclusivamente para la gestión de las acciones incluidas en los proyectos (inscripción, envío de documentación y materiales, formación, campañas de visibilización y difusión, etc.), así como para las finalidades que expresamente nos autorice. Sus datos serán conservados mientras dure nuestra relación contractual y/o académica, así como el tiempo necesario para cumplir con las correspondientes obligaciones legales. La base legal para el tratamiento de sus datos es el mantenimiento de la prestación formativa, la relación contractual, así como, en su caso, el cumplimiento de las obligaciones legales que sean aplicables. Sus datos podrán ser cedidos o comunicados a aquellos destinatarios que sean estrictamente necesarios para el cumplimiento de la prestación formativa, de las obligaciones contractuales, para el cumplimiento de aquellas otras finalidades expresamente autorizadas por usted, así como para el cumplimiento de las obligaciones legalmente establecidas. En cualquier momento podrá ejercer sus derechos como titular de los datos, a cuyo efecto, le informamos que tiene derecho a retirar sus consentimientos en cualquier momento, oponerse al tratamiento, limitar el mismo, acceder, rectificar, suprimir los datos y ejercer su derecho a portabilidad, mediante petición escrita enviando una copia de su DNI a Asociación LARES, CIF G86963659 con sede en c/ Ríos Rosas, Nº 11, 4 28003, Madrid. Grupo Social LARES ha designado un delegado de protección de datos a quien podrá dirigirse para cualquier cuestión que precise y con quien puede contactar en el siguiente email dpo@tecnoderecho.com. En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos www.agpd.es. Puede ampliar esta información visitando nuestra web: www.lares.org

Lares



FOR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



Asociación