

PERSONAS MAYORES Y ADICCIONES:

UN DIAGNÓSTICO DE LARES Y UNAD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



ORGANIZA:



FINANCIADO POR:



Grupo Social LARES

Autoría:

M. Encina Díaz González (coordinación y redacción final)

Asociación Lares:

Juan Vela Caudevilla

Maritza Brizuela Fernández

Año 2022

Financiado por



ÍNDICE

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO	5
Introducción	7
1. Contextualización	9
Dimensionamiento	9
Derechos de las personas mayores, edadismo y estigma	13
Mayores y adicciones	15
Mujeres mayores y adicciones	17
Revisión otros aportes académicos y justificación de la necesidad del estudio	19
2. Objetivos y Metodología	23
3. Resultados cuantitativos	27
MUESTRA GENERAL	27
ZOOM PERSPECTIVA DE GÉNERO	44
SUSTANCIAS LEGALES	63
SUSTANCIAS ILEGALES	74
FARMACOLOGÍA	82
JUEGO	93
4. Resultados cualitativos	107
GRUPO DE DISCUSIÓN MAYORES Y ADICCIONES: ESTIGMA	107
GRUPO DE DISCUSIÓN EN CLAVE DE GÉNERO: MUJERES MAYORES Y ADICCIONES	109
GRUPO DE DISCUSIÓN: PROFESIONALES DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES CON ADICCIONES	110
GRUPO DE DISCUSIÓN: ENTIDADES Y ACTORES POLÍTICOS IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES CON ADICCIONES	114
5. Conclusiones y Propuestas	119
Bibliografía	123
Anexos	125

PRESENTACIÓN

El Grupo Social Lares y UNAD, la Red de Atención a las Adicciones, constituyen dos entidades de referencia para el conjunto del Tercer Sector. Por un lado, UNAD trabaja en el ámbito de las adicciones, atendiendo a personas con problemas de drogadicción. Por otro, Lares es la organización representativa en el cuidado de personas mayores, en situación de dependencia y riesgo de exclusión social.

Ambas organizaciones han trabajado durante un año en el estudio *PERSONAS MAYORES Y ADICCIONES: Un diagnóstico de LARES y UNAD con perspectiva de género*, que nos acerca de pleno a diferentes problemáticas relacionadas con la adicción en personas mayores. Este diagnóstico ha puesto como elemento central de la investigación a las propias personas atendidas en ambas entidades.

El novedoso estudio refleja el interés de ambas entidades por profundizar y comprender los problemas que este colectivo ha sufrido de manera directa en su trayectoria vital. Un colectivo excluido y olvidado por gran parte de la sociedad: las personas mayores con algún grado de institucionalización y que sufren adicciones y con especial consideración a la historia de las mujeres.

El objetivo no es otro que conocer de primera mano cualquier situación, contexto y necesidad de las personas a las que atendemos para así poder ofrecer la mejor alternativa adecuada a sus necesidades específicas. Este proyecto se inscribe en el modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona que el Grupo Social Lares lleva desarrollando años, ya que uno de los primeros elementos de este modelo de atención es conocer la trayectoria de vida y las circunstancias que rodean a las personas atendidas. Para ello no solo es necesario escuchar sus necesidades e inquietudes, sino poder comprenderlas y atenderlas de forma integral.

El diagnóstico *PERSONAS MAYORES Y ADICCIONES: Un diagnóstico de LARES y UNAD con perspectiva de género* nos aproxima a una realidad que existe y que merece toda nuestra atención. Desde Lares y UNAD, pretendemos ser pioneros para fomentar la sensibilización y la investigación de esta problemática para facilitar la comprensión y atención de la realidad de las personas protagonistas de esta historia: las personas mayores y sus hábitos de consumo.



Fdo: Juan Ignacio Vela Caudevilla
Presidente de LARES



Fdo: Luciano Poyato Roca
Presidente de UNAD

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. Y de eso tratan las páginas que siguen, de los resultados de un proceso ordenado y sistemático de investigación para conocer mejor la realidad de las personas mayores en el ámbito de las adicciones.

Se pueden diferenciar tres fases generales en esta investigación.

La fase inicial o fase descriptiva a la que se refieren el capítulo de contextualización que ofrece un panorama general del colectivo de las personas mayores y el capítulo de objetivos y metodología que se encarga de perfilar posibles hipótesis diagnósticas que ayudarán a estructurar la investigación y que explica los aspectos metodológicos aplicados en este diagnóstico.

Una segunda etapa aborda el análisis de los datos recogidos durante el trabajo de campo de esta investigación. En esta fase valorativa se tendrá en cuenta una dimensión cuantitativa que persigue hacer un dimensionamiento de la problemática en la población objeto de estudio, las personas mayores con algún grado de institucionalización en general y una dimensión cualitativa que analiza los discursos de los principales protagonistas de esta historia: mayores con adicciones (hablando del estigma y de la perspectiva de género), de los profesionales que trabajan con este *target* y entidades y agentes políticos que están en relación con personas mayores con adicciones y que completan el tablero de esta problemática social.

Por último, para cerrar el diagnóstico, se aborda una fase predictiva que, mediante las conclusiones de la investigación y las propuestas, pretende hacer un repaso por los retos y las urgencias que el colectivo de personas mayores afronta con sus diferentes maneras de envejecer.

1. CONTEXTUALIZACIÓN

DIMENSIONAMIENTO

La pirámide de población de España sigue su evolución con un aumento continuado de la edad promedio: la edad media de la población se sitúa en 2021 en 43,81 años mientras que en 1970 era de 32,70 años. También es una tendencia consolidada el aumento de la proporción de personas mayores de 65 años. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2021 hay 9.310.828 personas mayores, que suponen un 19,65% sobre el total de la población (47.385.107 datos definitivos publicados el 17-01-2022). Sigue creciendo también la proporción de octogenarios que ya representan el 6% de toda la población, y seguirán ganando peso en un proceso de sobrevejecimiento de la población mayor.

Según la proyección del INE (2022-2035), en 2035 podría haber más de 12,8 millones de personas mayores, lo que supondría un 26,5% del total de una población que alcanzaría 48.284.478 habitantes. Durante los próximos años y especialmente a partir de 2030, se registrarían los mayores incrementos, con la llegada a la vejez de las voluminosas cohortes nacidas durante el baby boom.

Demográficamente no es relevante solo el número de personas mayores, sino también del número de personas mayores sanas ya que la esperanza de vida sana también ha aumentado notablemente. El concepto de esperanza de vida saludable añade a la cantidad de vida la calidad de vida y es importante señalar que si bien entre las personas de 65 y más años las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, sin embargo su esperanza de vida saludable es menor por la mayor supervivencia y morbilidad de las mujeres. (CSIC y CCHS (2020) Envejecimiento en red, nº25). Así mismo, dicha esperanza media de vida al nacer se va acercando a los 90 años, por lo que la jubilación tiene lugar veinte o veinticinco años antes (en los países desarrollados). Veinticinco años son muchos para vivir sin un objetivo claro siendo invisibilizadas/os por la sociedad. Habiendo conseguido que la vejez dure más que antes no se ha conseguido dotarla de un objetivo, dotarla de un rol activo en la vida. Por eso las problemáticas de esta franja de edad ocuparán cada vez mayor espacio en el debate público y requerirán cada vez más de medidas ad hoc para la población mayor en general y para las diferentes maneras de envejecer en particular.

Pero qué se entiende por “persona mayor”. Según la convencional estructura demográfica por grandes grupos de edad (jóvenes, adultos y ancianos, o primera, segunda y tercera edad) el colectivo de las personas mayores comienza en los 65 años. Sin embargo, se ha ido produciendo una revisión de esta estructura a medida que este grupo poblacional ha ido adquiriendo cada vez un mayor peso y se han establecido subdivisiones y nuevos límites. La ONU, contempla para definir a este grupo etario otras variables como la desigualdad y la esperanza de vida, considerando anciano a toda persona mayor de 65 años en los países desarrollados y personas mayores de 60 años en los países en desarrollo. Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas personas de edad avanzada, de 75 a 90 años personas viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos/as o longevas/os (Asambleas mundiales OMS 1982 y 2002).

En España no existe un concepto jurídico de persona mayor, pero funcionan los estereotipos construidos en torno a lo que significa ser mayor que permiten justificar un tratamiento diferenciado en el ámbito social, en las políticas y el Derecho. Normalmente se consideran mayores a las personas a partir de los 65 años, estableciendo así una relación entre hacerse mayor y alcanzar la edad de jubilación, y así se refleja en los

estudios estadísticos y también en numerosas normas jurídicas, como las que establecen la edad genérica para poder ocupar una plaza en una residencia de mayores o para poder participar en los programas de turismo para personas mayores.

Cuando se utiliza la referencia a una edad específica como criterio para determinar quién es una persona mayor se corre el riesgo de pensar que la definición se asocia a un dato biológico, olvidando que la decisión sobre cuando se comienza a tratar a alguien como una persona mayor está relacionado con cuestiones culturales y factores sociales. Informe mundial sobre envejecimiento y la salud OMS 2015.

En el caso específico de **este diagnóstico** "Personas mayores y adicciones: un diagnóstico de LARES y UNAD con perspectiva de género" se ha considerado a la **población de 55 y más años** para incluirla en el estudio, teniendo en cuenta el **envejecimiento precoz** que se produce entre las personas mayores que han venido consumiendo sustancias a lo largo de su vida. Ello, además, permitirá atender a dos perfiles específicos, por un lado, aquellas personas mayores que arrastran una adicción a lo largo de su vida y cuya esperanza de vida se han prolongado más allá de los 55 años, y por otra parte aquellas personas que experimentan adicciones típicas de la franja de edad avanzada, como podrían ser las relacionadas con la farmacología.

En esta misma línea el **Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA 2010)** señala que el consumo problemático de drogas es un factor claramente facilitador de un envejecimiento precoz, y en su caso **fija la edad de corte a partir** de la cual se considera una persona usuaria de drogas "mayor" en **40 años**. Además, el universo de este diagnóstico esta también acotado a la realidad de personas mayores que tienen algún grado de institucionalización en los centros de las entidades que construyen sinergias en este proyecto, para conocer mejor a las personas con adicciones que residen en los centros de mayores LARES y las personas mayores en los recursos específicos de UNAD.

En lo referente a los **centros residenciales** para personas mayores, es importante destacar que no existe un único tipo de residencia. Las hay de **diferentes tipologías**, y existen varias clasificaciones. En función de la propiedad las hay públicas y privadas. Entre las públicas las hay propiedad de Comunidades Autónomas, de Diputaciones y de Ayuntamientos. Entre las privadas las hay pertenecientes a empresas, y a grupos de inversión, pero también propiedad de órdenes religiosas e incluso de Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Existe también otra clasificación según el tipo de gestión. Las hay de gestión pública, que todos los casos son de propiedad pública, y las hay de gestión privada, pero la propiedad puede ser privada o pública. También hay que tener en cuenta que entre las residencias privadas existen algunas con todas las plazas concertadas, otras con algunas plazas concertadas, y varias sin ninguna plaza concertada.

Otra clasificación es la que se fundamenta en el destino de los beneficios. En este apartado hay tres tipos: las que buscan repartir beneficios entre sus dueños o accionistas, y que tienen por objetivo incrementar los beneficios; las públicas que buscan presupuestos equilibrados entre ingresos y gastos y que no reparten beneficios, y las **residencias sin ánimo de lucro**, que buscan y orientan su actuación a la atención de las personas, independientemente de si pueden pagar o no el coste de la plaza que ocupan, como es el caso de los **centros LARES**.

El **Grupo Social LARES** está presente a nivel nacional en las **17 comunidades autónomas** en las que atendemos a **54.000 personas mayores**, en situación de **discapacidad, dependencia y riesgo de exclusión social**. Y lo

hacemos gracias al trabajo de más de 35.000 profesionales (el 93% son mujeres, por tratarse de un sector muy feminizado) y la labor de miles de voluntarios y voluntarias.

Contamos con un Área de Formación que imparte cursos en todo el territorio nacional de diversas temáticas relacionadas con el Tercer Sector de Acción Social y cada año formamos a un centenar de alumnos y alumnas a través del Certificado de Profesionalidad en Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes. Además en la actualidad el Grupo Social LARES cuenta con 15 proyectos sociales a nivel estatal, de los que se benefician miles de personas mayores, en situación de dependencia y riesgo de exclusión social. Y mantenemos una potente presencia en Europa por partida doble: miembros de pleno derecho de la Red Europea de Envejecimiento y de la Federación Europea de Empleadores Sociales.

LARES trabaja el presente, buscando el bienestar a las personas y defendiendo sus derechos, pero también trabajamos el futuro, participando en documentos básicos de las políticas públicas, participando como expertos en comisiones parlamentarias, o colaborando en elaborar a los mejores documentos de proyección de nuestro sector.

El Grupo Social Lares es algo más que una marca o una seña de identidad. Somos la entidad sin ánimo de lucro referente en el Tercer Sector de Acción Social. Una entidad dedicada al cuidado integral de personas mayores, en situación de discapacidad, dependencia o riesgo de exclusión social. Nuestra labor es cuidar, allí donde nadie llega. Ofrecer hogares a las personas que, por distintas circunstancias, ya no pueden vivir en los suyos propios. Ser parte de una Familia, con mayúsculas, que tiene una misión común: acompañar y acoger a quien nos necesite. Sin condiciones ni limitaciones.

Sin embargo, los recursos sociales existentes (residenciales, de centros de día, etc.) no siempre están preparados para atender a estas personas mayores con adicciones. En los centros residenciales geriátricos la edad de corte es a partir de 65 años como se mencionaba anteriormente y tampoco hay programas específicos de atención a este colectivo, que tiene que hacer frente a menudo al doble estigma que supone el uso de drogas y el envejecimiento.

Las personas entrevistadas en este diagnóstico también provenían de recursos de la Red de Atención a las Adicciones UNAD que es la mayor red de adicciones a nivel nacional y una de las mayores a nivel europeo: está integrada por 206 entidades repartidas por todo el territorio estatal. Agrupa a 3.767 profesionales (957 hombres y 2.810 mujeres) y 2.492 personas voluntarias (1.004 hombres y 1.488 mujeres). Durante el año 2021 han colaborado con las entidades de UNAD, con distinto status, un total de 13.173 personas: 6.077 socias/os, 3.767 personas contratadas, 2.492 voluntarios y voluntarias, 529 alumnos/as en prácticas y 308 personas atendidas que han realizado trabajos en beneficio de la comunidad. Las mujeres son el grupo más numeroso entre las personas contratadas y las personas voluntarias. Entre los y las socias, la relación es prácticamente de igualdad numérica, mientras que entre las personas contratadas hay 3 mujeres por cada hombre.

La misión de UNAD es ofrecer servicios de calidad, defender los derechos y mejorar la vida de las personas con problemas de adicciones y la de sus familias. UNAD pretende ser el referente en el ámbito de las adicciones para la sociedad, adaptándose y dando respuesta a las necesidades sociales y a la realidad política, y promoviendo personas autónomas de pleno derecho.

Según datos del informe Perfil de las Adicciones, durante el año 2021, la Red UNAD atendió a 38.313 personas (30.553 hombres y 7.760 mujeres) con un total de 55.508 intervenciones. El número de personas

que utilizaron los servicios de recursos asistenciales fue de 35.784; en recursos de atención a familiares de personas con problemas de adicción fue de 8.527; en inserción-empleo a 5.039, en atención jurídico-legal a 6.158 personas y en reducción de daños a 6.074.

Después de estos apuntes sobre el dimensionamiento del grupo social objeto de este diagnóstico y de los recursos que ofrecen las entidades implicadas, cabe señalar como punto de partida al menos dos realidades. La primera que el envejecimiento es un proceso que va a ir a más en las próximas décadas, afrontar los diferentes desafíos que plantea una sociedad más longeva es uno de los retos sociales y políticos actuales más relevantes en todo el mundo. La segunda esta relacionada con que los cambios determinados por el proceso de envejecer ofrecen una variabilidad individual extraordinaria, lo que complejiza la búsqueda de soluciones comunes a nivel universal.

DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES, EDADISMO Y ESTIGMA

Cabe en este punto de la contextualización dedicar algunas líneas a exponer la relación entre derechos humanos y los derechos de las personas mayores. En una visión tradicional, la constitución de las personas titulares de derechos suponía la autosuficiencia y la independencia de dichos titulares. Ejemplo de ello es la Declaración Universal de los Derechos Humanos que fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948. Esto ha supuesto que los sistemas de protección no siempre sean capaces de **salvaguardar la dignidad humana de aquellas personas que en el imaginario colectivo tienen negada la condición de personas autónomas o tienen una especial vulnerabilidad** (mujeres, personas con discapacidad, niños/as y mayores).

Este enfoque tradicional de los derechos humanos ha sido revisado desde diversos enfoques a partir de teorías críticas: con el objetivo de la eliminación de la discriminación y la protección de colectivos especiales, como se recoge en el documento "La discriminación por razón de edad en España" (HelpAge, 2020). Y se ha continuado avanzando en materia legal con textos como la Convención sobre los Derechos del Niño que fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989 o la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006.

Todavía en esta línea de la concepción tradicional la vulnerabilidad (al menos en el caso de las mujeres, personas con discapacidad, niñas/os y mayores) se consideraba una condición natural que las alejaba de la "normalidad". En la nueva perspectiva la vulnerabilidad se visualiza como una cuestión de poder en el que el sexismo, el capacitismo y el edadismo generan estructuras sociales que les convierten en vulnerables.

En este sentido el acervo legislativo ha ido creciendo a nivel internacional en el ámbito de las personas mayores con la aprobación del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Personas Mayores en África (1986) o la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). A nivel europeo destaca la reciente publicación por la Comisión Europea de El Libro Verde sobre el Envejecimiento: Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones (2021).

En la medida en que el modelo de derechos ha sido revisado y también en cuanto que las personas mayores se movilizan frente a estos estereotipos se revela que su desventaja es resultado de la discriminación estructural que se deriva del edadismo (término utilizado desde 1969 por Robert Butler, primer presidente del Instituto Nacional de Envejecimiento de EUA). El edadismo asocia la edad a estereotipos negativos relacionados con la falta de autonomía y con la fragilidad, justificando las desventajas sociales de las personas mayores, haciendo que la edad sirva como justificación suficiente para tratamientos diferenciados o exclusiones. El concepto de edadismo que presenta a las personas mayores como desprovistas de valor para la sociedad y la sostenibilidad de sus sistemas de pensiones y de protección social, según Rocio Fernandez Ballesteros y Carmen Huici Casal (2022) tiene tres componentes: el estereotipo (pensamientos, ideas e imágenes relativas a la vejez), el prejuicio (que hace referencia a respuestas afectivas presentes en individuos y grupos) y la discriminación (manifestaciones diferenciales entre grupos que expresan diferencias cognitivas y afectivas como comportamentales) (HelpAge, 2020).

La referencia a una edad estricta como criterio para determinar quién es una persona mayor lleva a asociar ese dato a un hecho biológico, como se ha mencionado anteriormente. La separación rígida entre etapas vitales como consecuencia de los estereotipos asociados a las personas adultas mayores, generan discriminación.

Los factores biológicos culturales y sociales inciden junto con la fecha de nacimiento en el modo en el que las personas mayores son representadas socialmente y por tanto influyen en la efectividad de sus derechos, especialmente en la medida en la que el envejecimiento se caracteriza como un problema.

Las políticas públicas en relación con el envejecimiento se orientan a la reducción del gasto y no particularmente a la realización de los derechos humanos de las personas mayores. Gran parte de las políticas públicas dirigidas a las personas mayores parten de la idea del envejecimiento como un problema pues se considera a las personas mayores como grandes consumidoras de recursos. En la medida en la que la infantilización forma parte también del estereotipo asociado a la edad avanzada se incapacita a las personas mayores de hecho y formalmente.

En nuestra sociedad la edad cronológica se asocia a la pérdida de autonomía, porque lo que se justifica que a las personas mayores se les impida hacer cosas que antes hacían. Lo que vulnera el principio de igualdad. La posibilidad de las personas mayores de participar en sociedad se enfrenta a la estratificación social por edades y a la organización de los espacios de acuerdo con ello. Se tiende a homogenizar la imagen del colectivo de las personas mayores con lo que las ofertas de participación dirigidas a ellas no responden a la variedad de intereses y de formas de envejecer.

Frente a la imagen pasiva del colectivo de personas mayores que frecuentemente reflejan los medios de comunicación, una imagen ligada a problemas, inactividad, vida sedentaria, gasto y marginalidad, desde LARES se pretende compartir una imagen fundamentada en su participación social, su actividad, su aporte a la sociedad, y su ciudadanía activa, y eso implica su participación en algunos de los denominados problemas sociales, como es la adicción, ya sea a sustancias o a comportamientos.

MAYORES Y ADICCIONES

Uno de los grandes éxitos de la sociedad contemporánea es el hecho de poder vivir cada vez más años, con un mayor nivel de calidad de vida, gracias a los constantes avances en la esfera de la salud. En esta línea, la OMS ha denominado el periodo que va desde 2021 a 2023 como la Década del envejecimiento saludable, a través de la cual, apuesta por aunar esfuerzos (gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, profesionales, instituciones académicas, medios de comunicación y sector privado) y enfocarlos a mejorar la vida de las personas mayores, así como de sus familias.

Poner el foco en las personas mayores es un hecho enormemente positivo, pero la cuestión que ocupa a este diagnóstico es de qué forma encajan en estos planteamientos las personas mayores con consumos problemáticos y/o adicciones. El envejecimiento y consumo de drogas es un tema que debe ser tratado desde un enfoque interdisciplinar y desde diferentes ámbitos de intervención, con el objetivo de poder desarrollar un abordaje integral en la atención a las personas consumidoras de drogas mayores.

El envejecimiento de la población, como se ha mencionado, es un reto para los países de todo el mundo en general y para la Unión Europea en particular. Se prevé que en los próximos años de ese aumento de personas mayores de 65 años, una parte de ellos sean personas en situación de riesgo psicosocial (pobreza, aislamiento social, salud mental, consumidores de drogas, etc.) La presencia creciente de las personas mayores con adicciones en los servicios de atención a las drogodependencias requiere el desarrollo de estrategias y programas específicos que den una respuesta adecuada a las necesidades de este colectivo. En el ámbito de las adicciones la información e investigación para realizar un diagnóstico es escasa. El Plan Nacional Sobre Drogas elaboró primera vez en el 2021 la "Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España (ESDAM)", con datos referidos al 2019/2020. Se trata de una encuesta pionera, que abre camino para el trabajo en este ámbito. Entre sus principales resultados destaca el alcohol como la sustancia más prevalente (89,2% habían tomado alguna vez en la vida), seguida por el tabaco (52,9%), los hipnosedantes (36,0%), y finalmente, por los analgésicos opioides (22,8%). Sobre el consumo de drogas ilegales destaca únicamente el consumo de cannabis alguna vez en la vida (4,6%) el consumo de otras sustancias se podría considerar excepcional entre las personas mayores de 64 años que entrevista la encuesta.

Por otro lado, UNAD, la Red de Atención a las Adicciones, elabora de forma anual un estudio del Perfil de las personas atendidas en los distintos servicios de la red. Los datos recogidos en el estudio del Perfil de las Adicciones 2021 (UNAD, 2022), reflejan claramente como la edad media de las personas atendidas ha aumentado progresivamente en los últimos años. Según el estudio, en el año 2020, 35.609 personas fueron atendidas, de las cuales el 13,38% (4.767 personas) tenían más de 50 años, 3 puntos porcentuales más con respecto al 2019.

Esta investigación ha considerado dos tipos de personas mayores consumidoras de sustancias o con comportamientos potencialmente adictivos: personas mayores que han sido consumidoras de drogas y ahora envejecen; y otras, que han empezado a ser polimedicadas a los 65 años, desarrollando una drogodependencia en la última etapa de vida u otros tipos de adicciones típicas de la edad avanzada.

Sobre las primeras cabe destacar que tienen una historia de consumo prolongado y acumulan un deterioro de sus condiciones físicas y mentales, con la presencia de enfermedades crónicas en muchos casos tales

como la hepatitis C y el VIH. Además, se encuentran con una situación de especial **riesgo de exclusión social** al tener escasos o nulos vínculos familiares y una corta vida laboral.

Sobre las **segundas** es importante puntualizar que entre las personas mayores existe una muy **baja percepción del riesgo relacionado con la polimedicación** puesto que esta ha sido prescrita por un profesional sanitario. Este segundo perfil también está **expuesto a otro tipo de adicciones como el juego o las pantallas, precisamente por su condición de personas mayores y los factores de riesgo que esta condición lleva asociados, más baja socialización, soledad no deseada,....**

Además de esta diferenciación de perfiles en el diseño metodológico de este diagnóstico hubo que decidir que **sustancias y comportamientos adictivos se iban a investigar:**

Las **sustancias legales (alcohol y tabaco)**, están completamente extendidas en la sociedad actual, sin embargo, generan enormes consecuencias para la salud de las personas. En el caso de la población mayor, esta situación es especialmente peligrosa como consecuencia de una mayor lentitud a la hora de eliminar las sustancias del cuerpo, en la medida en la que avanza la edad de la persona usuaria, generando un mayor deterioro en su organismo.

Con relación a las **sustancias ilegales (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...)** si bien, no cuentan con tasas excesivamente altas de consumo entre la población de mayor edad, un consumo continuado de las mismas puede generar, entre otros efectos adversos, depresiones, caídas, trastornos respiratorios, problemas cardiovasculares...etc. Además, en el caso de las personas mayores, debido a su alta medicalización, el consumo de estas sustancias puede multiplicar los factores adversos al interactuar con los tratamientos pautados, provocando así empeoramientos en el estado de salud.

La **polifarmacología** conlleva riesgos mayores en las personas de más de 65 años por los cambios asociados a la edad en la absorción, la distribución, el metabolismo, la biotransformación y la excreción, el metabolismo, además de los riesgos derivados de la prescripción inapropiada, la interacción de los fármacos entre sí o las reacciones adversas e intoxicaciones. La calidad de vida en las personas mayores polimedicadas se ve afectada sobre todo en las dimensiones físicas y las alteraciones emocionales, especialmente entre las mujeres.

Con respecto al **juego**, existen dos perspectivas diferenciadas: por un lado, el juego responsable, que no genere consecuencias negativas al individuo, y que puede ser considerada una actividad más de ocio y entretenimiento; y por otro lado, hablamos de juego patológico o problemático en el momento que esta actividad interfiera en la vida de las personas generando un grave deterioro en todos los ámbitos de la vida de la persona (personal, familiar, laboral...).

MUJERES MAYORES Y ADICCIONES

En lo que respecta a las mujeres mayores con adicciones hoy en día contamos con muy pocos estudios que analicen y reflejen verdaderamente la realidad que viven y cuáles son sus necesidades específicas. Si en general las mujeres tienden a ser invisibilizadas en la mayoría de los ámbitos de nuestra sociedad, en el caso de aquellas con más edad con problemas de adicciones, el apagón es total.

En este sentido, es imprescindible poner el foco en la necesidad de normalizar que hombres y mujeres envejecen y que esto no significa necesariamente que determinados consumos desaparezcan de la vida de las personas por el mero hecho de cumplir años, pudiendo incluso surgir nuevos consumos en esta etapa vital.

Retomando en este punto los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística, en su encuesta Estadísticas del Padrón Continuo, en el 2021 había más de 8 millones y medio de mujeres mayores de 55 años, lo que suponía alrededor del 35% del total de mujeres, y el 18% del total de la población. Por su parte, las previsiones realizadas por este mismo organismo revelan que para el 2050, estos porcentajes alcanzarán la cifra de 44% y 23% respectivamente. (INE, 2021).

Inciendo en los datos recogidos por el Plan Nacional Sobre Drogas en la "Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España (ESDAM)", con datos referidos al 2019/2020 se pueden obtener algunas conclusiones sobre los consumos de las mujeres. Entre sus principales datos vinculados a las mujeres, destaca como el alcohol es la sustancia más prevalente (82,7%), seguida por los hipnosedantes (46,0%), el tabaco (34,1%) y finalmente, por los analgésicos opioides (24,3%). Con respecto a las motivaciones, las mujeres declaran en primer lugar que beben porque es divertido (40,7%) a continuación, porque creen que es saludable (35,5%) y en tercer lugar porque les gusta cómo se sienten después de beber (25,3%).

Los datos recogidos en el estudio del Perfil de las Adicciones 2021 (UNAD, 2022) desagregados por sexo reflejan como, al igual que en otras cohortes, entre las personas mayores de 50 años es mayoritario el porcentaje de hombres atendidos por la Red de UNAD (78,60%) que las mujeres atendidas en sus recursos (21,40%). Estas cifras reflejan la necesidad y las dificultades que tienen las mujeres mayores para acceder a los recursos de atención. De forma general las mujeres, tardan una media de 10 años en decidir poner sus adicciones en tratamiento, por lo que, cuando llega ese momento, se encuentran en condiciones físicas y psicológicas muy complicadas.

Sin embargo, este desigual nivel de participación no significa que los consumos se den más en hombres que en mujeres, sino que ellas deben hacer frente a numerosas barreras que dificultan enormemente su acceso a los servicios de atención, así como su mantenimiento en los tratamientos, entre las que destacan el enorme estigma que sufren por el hecho de ser mujeres y además consumidoras.

En este sentido, las mujeres sufren una mayor penalización social en base a sus consumos, especialmente aquellas que cuentan con personas a su cargo, por lo que, en la mayoría de los casos ocultan sus consumos y los realizan de forma solitaria en espacios más privados, evitando así los juicios de la sociedad.

En el caso de las mujeres mayores, hablamos de un triple estigma, ya que además de lo mencionado, el factor edad es una variable que aumenta la estigmatización.

En este sentido, la visibilización de esta problemática desde un enfoque de género interseccional, permitirá mejorar la comprensión de esta realidad, y permitirá crear de los centros de atención espacios seguros que

den respuestas adaptadas a las necesidades de las mujeres, mejorando así su acceso y permanencia a los mismos.

De igual forma, contribuirá a generar una mayor concienciación de los riesgos del consumo. En muchas ocasiones, y especialmente en el caso de las mujeres mayores, presentan una escasa o nula percepción de sus adicciones. Se trata de un grupo poblacional muy medicalizado debido a la cronificación de algunas enfermedades, lo que genera confusión de sus consumos, dificultando así la solicitud de ayuda y tratamiento. Por otro lado, las mujeres cuentan con un nivel de apoyo familiar menor en comparación con los hombres. Ellas son mayoritarias en los servicios de atención a la familia, donde suponen en torno al 80% de las personas usuarias, sin embargo, en el resto de los servicios, los porcentajes son minoritarios. Se mantiene así el rol de mujer cuidadora, pero no cuidada.

Además, en general, no existen muchos recursos de atención diseñados desde perspectiva de género, salvo algunas excepciones, por lo que la atención a las mujeres difícilmente puede ser adecuada a las necesidades existentes.

Por otro lado, es necesario poner el foco en la violencia de género que sufren las mujeres con adicciones por el mero hecho de serlo, y no asumir que se trata de una realidad que no afecta a las mujeres de mayor edad. La violencia de género no desaparece en la vejez.

En el ámbito de las adicciones, los pocos estudios existentes indican que más del 60% de las mujeres con adicciones han sufrido violencia sexual, así como abusos sexuales durante su infancia y adolescencia. A nivel internacional el porcentaje aumenta hasta el 74%. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre las mujeres con adicciones la prevalencia de violencia de género por parte de sus parejas es entre 2 y 5 veces mayor que la que se encuentra entre mujeres de la población general.

La Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019), elaborada por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, señala el 18,7% de las mujeres mayores (65 años o más) que han sufrido VFSEM de alguna pareja pasada consumieron medicamentos, alcohol u otras drogas para afrontar los episodios de violencia.

Además, acuden en menor medida a servicios de ayuda formal o se lo cuentan a personas de su entorno. El 62,2% de las mujeres de 65 o más años que han sufrido VFSEM de alguna pareja ha denunciado o buscado ayuda formal o informal frente al 85,6% de las de 16 a 64 años. Es decir, ocultan la violencia vivida en mayor medida que otras generaciones.

Esto es especialmente relevante, ya que no sólo significa que tienen muchas más dificultades para pedir ayuda, entre otras causas, por las dificultades para detectar esas violencias, asumiéndolas como normales. Por ello, la sensibilización a la población general es de vital importancia, sin embargo, muy pocas campañas ponen el foco en estas mujeres mayores.

Por todo ello, el trabajo desde perspectiva de género es fundamental si se pretende dar una atención integral. De no trabajar desde esta perspectiva, se continúa invisibilizando la realidad de estas mujeres y no dando respuesta a sus necesidades específicas.

De igual forma, resulta indispensable continuar sensibilizando y concienciando a la población en general en materia de adicciones desde perspectiva de género, de forma que se trabaje en la reducción y eliminación de todo estereotipo que contribuya a invisibilizar la realidad de las mujeres mayores con consumos problemáticos y/o adicciones.

REVISIÓN OTROS APORTES ACADÉMICOS Y JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL ESTUDIO

La realidad es que las personas mayores y dependientes, especialmente si viven en una residencia, están ausentes de los diagnósticos de la realidad, y también de la mayoría de los programas y proyectos de intervención social, cronificando su situación de exclusión social.

Todos los análisis coinciden en señalar que el consumo de drogas es uno de los principales problemas de salud pública, pero difícilmente se encuentran referencias sobre ese problema y su conexión con las personas mayores y dependientes. En el caso de los comportamientos adictivos sucede algo similar. Cuando se habla de ludopatía, de adicción a las compras o incluso al trabajo, siempre se asocia a personas jóvenes y adultos, pero nunca con personas mayores.

Los datos oficiales sobre el consumo de drogas, legales e ilegales, en España los facilita el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). El OEDT emplea información procedente de diversas fuentes, entre otras, utiliza los datos de las dos grandes encuestas que se realizan en España: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), que se realizan de forma bienal (un año EDADES y el siguiente ESTUDES), y se promueven y financian directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. El universo de EDADES es población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. Por su parte el universo de ESTUDES es el de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años.

Si se tiene en cuenta que la esperanza de vida en España es de 83,4 años, 80,3 para los varones y 85,7 para las mujeres, parece evidente que existe un amplio período de la vida (prácticamente 20 años) sobre el que no se recopila información respecto al consumo de sustancias y comportamientos adictivos. Esto cobra especial importancia en la constatación de que en la actualidad se ha banalizado mucho el consumo de drogas y ha disminuido la percepción de riesgo que todo el mundo, y desde luego las personas mayores, tienen sobre esos consumos.

Fue en el año 2018 cuando el Grupo Social LARES solicitó por primera vez financiación al Plan Nacional Sobre Drogas para desarrollar un programa relacionado con los problemas asociados al consumo de estupefacientes. Se trataba del programa "Abuelos y abuelas preventores", destinado a convertir a las personas mayores en agentes de salud que participen activamente en la prevención de los problemas asociados al consumo de drogas. Fomentando así una perspectiva que considera a las personas mayores como ciudadanos y ciudadanas perfectamente activas e integradas en nuestra sociedad.

En 2020 aprovechando la presentación del programa se evidenció por parte de LARES ante las autoridades estatales, la escasez de datos, estudios y referencias académicas sobre el consumo de drogas entre las personas mayores, señalando la escasa bibliografía, la inexistencia de programas de prevención e intervención para personas mayores, y la ausencia de información relevante.

En la apuesta de LARES por diversificar, ampliar y mejorar sus programas y estrategias en los centros se propuso al Plan Nacional Sobre Drogas la elaboración de un protocolo para facilitar a las residencias detectar posibles problemas y enfocar sus posibles soluciones y para ayudar en la detección temprana de consumos de sustancias psicoactivas, ya sean legales o ilegales, y comportamientos adictivos, especialmente los

relacionados con la ludopatía. Este protocolo fue coordinado por Javier Martín comunicador social experto en adicciones que colabora habitualmente con LARES.

En el año 2021 se han publicado los datos de la Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en ESDAM. Su objetivo general es conseguir información que permita diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas asociados a estas conductas. Para la encuesta ESDAM se ha realizado una adaptación de algunos de los objetivos de la encuesta EDADES, teniendo en cuenta las características propias de la edad y las pautas y hábitos de consumo propios de la población de más de 64 años. El estudio se ha basado en 1.443 cuestionarios dirigidos a mayores de 64 años residentes en toda España, a los que se les entrevistó entre febrero y marzo de 2020.

Sobre los resultados de la Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en mayores de 64 años en España (ESDAM) 2019/2020, elaborada por la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, se vieron confirmadas muchas de las hipótesis manejadas por LARES, y las personas mayores no son una excepción en los relativos a los consumos de drogas y comportamientos adictivos, aunque si presentan algunas características propias.

Según se desprende de los datos, la sustancia más consumida en este grupo de edad es el alcohol (un 46,7% de los encuestados bebieron el último mes), que casi duplica a la segunda que son los hipnosedantes (24,8%). Sin embargo, existen diferencias entre los mayores y los más mayores. Entre los 65 y los 74 años lo que más toman a diario es, efectivamente, alcohol. Pero a partir de los 75 se abren paso los hipnosedantes hasta alcanzar el primer puesto. La encuesta no solo incluye el consumo actual de sustancias adictivas, sino también sus antecedentes. Así, el 52,9% de los mayores de 64 años ha fumado alguna vez en la vida, aunque sólo el 12,8% lo ha hecho el último año.

Por otro lado, el 4,6% admite haber consumido cannabis alguna vez en la vida, aunque solo un 0,1% continúa recurriendo a él a diario. Como cabría esperar, las sustancias psicoactivas más consumidas por los mayores son las legales, es decir, alcohol, tabaco, hipnosedantes y analgésicos opioides. El uso de drogas ilícitas es escaso después de los 64 años.

Por otro lado, el 68,4% de los mayores reconocen que han jugado con dinero durante el último año, sin una gran diferencia entre sexos y fundamentalmente a juego en modalidad presencial. Además, las personas de más de 64 años muestran, en general, una clara percepción de riesgo respecto a la mayoría de las conductas adictivas, especialmente en las relacionadas con el tabaco y los analgésicos opioides. En el extremo opuesto, las conductas que consideran de menos riesgo son el consumo de más de una o dos cañas o copas de vino al día y el consumo de hipnosedantes una vez o menos al mes.

Por otro lado, UNAD, la Red de Atención a las Adicciones, elabora de forma anual un estudio del Perfil de las personas atendidas en los distintos servicios de la red. Se trata de un estudio de ámbito nacional en el que participan alrededor de 100 entidades, que tiene por objetivo visibilizar la evolución y tendencias de consumo, además de realizar un perfil de las personas atendidas que acuden a los recursos asistenciales de la Red de Atención a las Adicciones, lo que permite detectar las necesidades a fin de dar respuestas más adecuadas y eficaces teniendo en cuenta las nuevas realidades de las personas usuarias en los recursos y centros de tratamiento. De esta forma, se contribuye a completar a los estudios estatales existentes, ofreciendo información objetiva sobre diversos colectivos (migrantes, trabajadoras del sexo, personas

reclusas, etc.) que experimentan problemas de adicción y acuden a tratamiento. Pero la información que recoge es exclusiva de las personas atendidas en la entidad y no específica de las personas mayores.

En el ámbito de la Unión Europea el organismo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) publicó en 2010 un documento "Tratamiento y cuidados para los usuarios de drogas mayores" que tenía como objetivo documentar el fenómeno del envejecimiento vinculado al consumo de drogas que empezaba a ser una preocupación para Europa. El informe describe el consumo de drogas, salud y características sociales de las personas mayores consumidoras de drogas así como se encarga de identificar sus necesidades sanitarias y sociales. Después de una revisión de las respuestas sanitarias y sociales para los consumidores de drogas de edad avanzada en Europa, el informe reveló que los consumidores mayores de drogas aún no tenían la relevancia social y política necesaria para tener programas ad hoc, a pesar de su número creciente.

Todavía a nivel europeo en 2018 se llevó a cabo un proyecto contando con la colaboración de seis entidades de cuatro países europeos. En el marco del programa ERASMUS +, BeTrAD ("Better Treatment for Aging Drug Users"), tenía como objetivo mejorar el tratamiento para los consumidores de drogas de edad avanzada. El proyecto evaluaba la situación de las personas mayores que usan drogas ilegales en Europa. Los resultados de BeTrAD están recogidos en un informe europeo de evaluación, una recopilación de buenas prácticas de servicios específicos y generales dirigidos a personas mayores que usan drogas e informes nacionales específicos, en el caso de España a cargo de la Fundación Salud y Comunidad y el Departamento de Salud de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

En este epígrafe se ha querido mostrar la escasez o ausencia de datos sobre la situación de las personas mayores, que es un obstáculo adicional para enfrentar la discriminación que afronta este colectivo en general. Y específicamente la problemática del abuso de drogas en personas mayores que es un problema oculto, por estar infraidentificado, infradiagnosticado e infratratado por el Sistema de Salud, las estadísticas oficiales y la literatura científica.

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este diagnóstico tiene como objetivo general aumentar el conocimiento disponible en materia de personas mayores con problemas de adicciones, desde la perspectiva de género.

Teniendo en cuenta las consideraciones aportadas en la contextualización se pretende analizar el fenómeno de las adicciones en las personas mayores desde diferentes niveles de análisis para de forma acumulativa llegar a conocer las principales características, necesidades y problemáticas específicas del colectivo objeto de análisis. El punto de partida es que el colectivo de personas mayores no es homogéneo y las maneras de envejecer son diversas. Por eso, desde la sinergia entre LARES y UNAD se pretende aplicar un enfoque metodológico amplio que abarque aproximaciones plurales del fenómeno estudiado. En este caso, es necesario señalar que el universo del estudio está restringido a personas mayores con algún grado de institucionalización que hagan uso de los recursos de ambas entidades.

Para cubrir los mencionados diferentes niveles de análisis el diagnóstico se propone los siguientes objetivos específicos con los que cubrir un primer acercamiento al fenómeno social de las personas mayores con adicciones.

- o Analizar las diferencias en las características sociodemográficas de las personas mayores con problemas de consumos de sustancias adictivas y aquellas que no consumen.
- o Investigar la prevalencia de los diferentes tipos de adicciones en la vida de los mayores entrevistados
- o Observar el tipo de "consumo" y su frecuencia entre las personas mayores que reconocen algún tipo de consumo. (4 tipos de consumo)
- o Indagar sobre las motivaciones que llevan a los mayores a esas adicciones.
- o Analizar los datos específicos de las mujeres entrevistadas para conocer mejor la realidad de las mujeres mayores que tienen adicciones.
- o Profundizar en el conocimiento sobre los estigmas que enfrentan los protagonistas de esta investigación por ser mayores y tener algún tipo de adicción.
- o Investigar sobre las problemáticas específicas que enfrentan las mujeres mayores que tienen algún tipo de adicción.
- o Conocer los retos adicionales que supone desde el punto de vista de las personas trabajadoras atender a los cuidados de las personas mayores con adicciones.
- o Definir las principales problemáticas asociadas al target investigado, para poder llegar a intervenir sobre las causas, tanto próximas como remotas.

La investigación abordará tanto una perspectiva cuantitativa de la cuestión como la perspectiva cualitativa de la problemática. Procurando con esta metodología mixta ofrecer un dimensionamiento de las cuestiones relacionadas con las adicciones entre las personas mayores y profundizar en las problemáticas específicas de dicho colectivo.

Sobre la muestra cabe señalar que se acotó a personas mayores de 55 años que hacen uso de los diferentes tipos de recursos de la red de LARES y UNAD, y solo se incluyó entre las personas participantes a aquellas que no tuvieran deterioro cognitivo, lo que supone un gran sesgo en el total de la población de los centros residenciales que consecuentemente se refleja en los datos, en el estado de salud y el grado de autonomía de las personas entrevistadas.

Sobre la perspectiva cuantitativa el diseño de esta investigación redactó un cuestionario “Hábitos de las personas mayores en los centros de LARES y UNAD” (HPM-LGU) (disponible en la versión final en los Anexos de este documento) que aborda las siguientes dimensiones con las que se cubren los objetivos propuestos por la investigación:



El trabajo de campo fue extendido a lo largo de 4 meses y varios recordatorios fueron enviados a los diferentes centros de ambas entidades de LARES y UNAD. Se consiguieron un total de 223 entrevistadas validas.

En lo que se refiere al plan de análisis de esta parte cuantitativa de la investigación se diferencian al menos tres bloques temáticos. El primero se refiere al análisis descriptivo de todas las preguntas realizadas en el cuestionario transformadas en variables que permiten trazar un perfil general de las personas entrevistadas en este diagnóstico. En segundo lugar se aborda un zoom con perspectiva de género a los datos específicos de todas las mujeres que han participado en la encuesta, para saber cuáles son las diferencias con el perfil de la muestra general y poder tener conclusiones específicas de como las mujeres mayores afrontan la problemática de las adicciones.

En una tercera fase se aborda en detalle una revisión de las principales variables sociodemográficas filtradas por cada uno de los tipos de consumo o comportamiento adictivo. Las personas entrevistadas que consumieron alcohol y/o tabaco en los últimos 12 meses (n=116) forman el subgrupo de sustancias legales. Las personas que reconocen haber consumido alguna sustancia ilegal en el último año (n=22) será incluidas en el subgrupo sustancias ilegales. Las personas que afirmaban haber tomado ansiolíticos y/o antidepresivos en los últimos meses (n=125) pasarán a formar parte del subgrupo farmacología. Las personas que reconocían haber apostado o jugado con dinero en el último año (tragaperras, bingo, lotería y/o apuestas) (n=95) formarán parte del subgrupo juego. Con la creación de estos cuatro subgrupos se pretende conocer mejor el perfil de cada uno de ellos, para conocer mejor sus necesidades y problemáticas específicas.

Sobre la parte cualitativa de la investigación cabe señalar que en el diseño, con el asesoramiento del grupo de trabajo, se decidió hacer 4 grupos de discusión temáticos de manera que se cubriera con la parte cualitativa temas adyacentes al colectivo (profesionales que trabaja con el target, entidades y actores políticos que

tratan con la problemática) y temas específicos de las personas mayores con adicciones (estigma adicciones y edadismo; perspectiva de género en el tema de las adicciones) que, por su naturaleza, presentaban cierta dificultad para ser abordados por la investigación cuantitativa. Se pretendió también hacer un grupo específico de familias y redes de apoyo de las personas mayores con adicciones pero se acabó desestimando su realización, después de tres intentos fallidos, por las dificultades de encontrar personas dispuestas a compartir sus experiencias.



Estos grupos de discusión se llevaron a cabo en centros o recursos de las entidades participantes en el diagnóstico en formato presencial y/o en formato online. Las dinámicas fueron grabadas para poder ser posteriormente analizadas. El análisis se abordó con una toma de notas inicial que pretendía estructurar la información recogida en los grupos para poder realizar un análisis funcional de las temáticas que fueran surgiendo. En análisis final se plasma un análisis racional que revisa las principales preocupaciones expresadas durante los grupos con el apoyo de verbatim literales que ejemplifiquen los tópicos tratados.

Para cerrar el diagnóstico se retomarán los objetivos puntualizados en este capítulo para poder estructurar las conclusiones que permitan resumir la información obtenida tanto en el enfoque cuantitativo como en el cualitativo y dar paso a una serie de propuestas que pretenden hacer un repaso por los retos y las urgencias que el colectivo de personas mayores afronta con sus diferentes maneras de envejecer.

3. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Este capítulo aborda los resultados de la parte cuantitativa de la investigación. Las respuestas al cuestionario (en Anexo) serán mostradas en primer lugar con los datos de la muestra general (n=223).

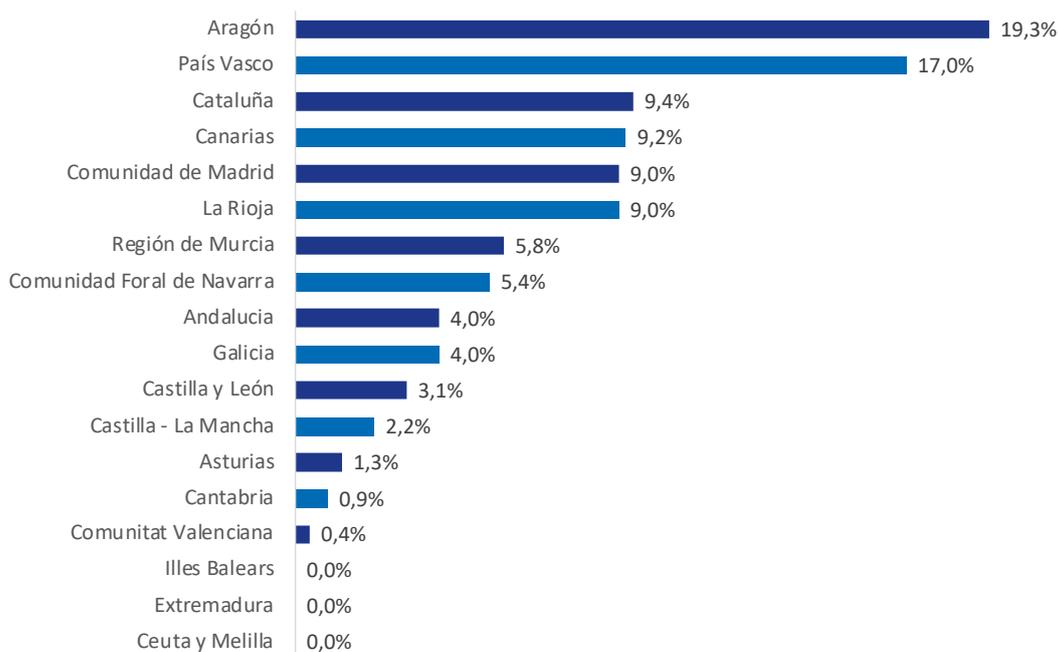
Un segundo epígrafe abordará un zoom en los datos de las mujeres entrevistadas (n=134), que permita aplicar una perspectiva de género al análisis de los resultados de la investigación.

Por último, se analizará específicamente cada uno de los subgrupos en los que se han identificado actitudes relacionadas con las adicciones en el último año. Tales como aquellas personas entrevistadas que consumieron alcohol y/o tabaco en los últimos 12 meses (n=116), aquellas que reconocen haber consumido alguna sustancia ilegal en el último año (n=22), aquellas que afirmaban haber tomado ansiolíticos y/o antidepresivos en los últimos meses (n=125) y las personas que reconocían haber apostado o jugado con dinero en el último año (tragaperras, bingo, lotería y/o apuestas) (n=95).

MUESTRA GENERAL

Desde el diseño del diagnóstico se ha realizado un gran esfuerzo porque el estudio sobre personas mayores tuviera representatividad nacional, es decir, entrevistas en todas las comunidades Autónomas. Las autonomías más representadas son Aragón y el País Vasco. Y en el otro extremo se encuentran autonomías con baja representación como Cantabria y Valencia o con nula representación como Baleares, Extremadura o las ciudades autónomas Ceuta y Melilla.

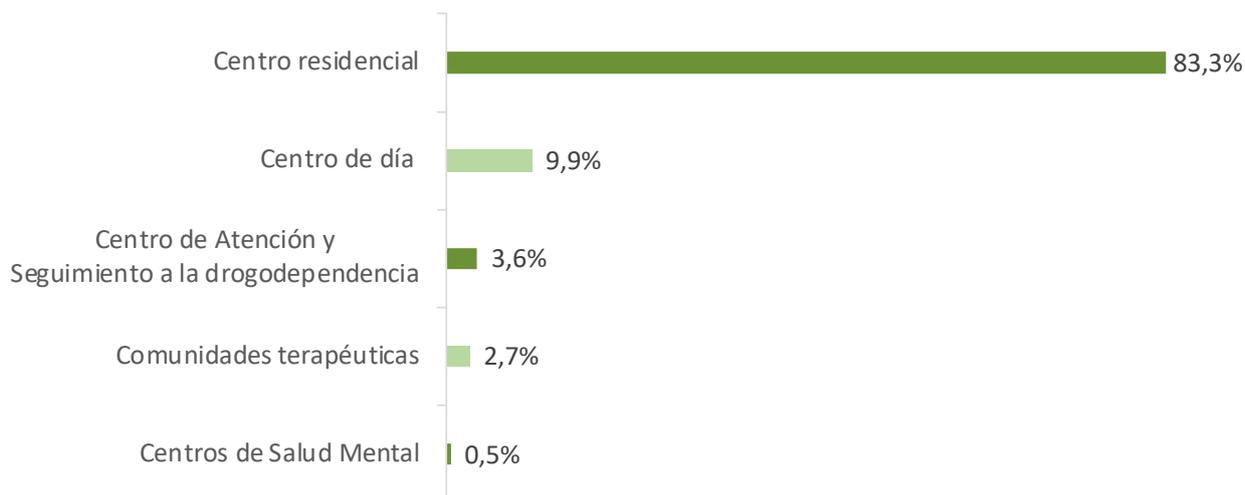
3.1.1: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=223

La mayoría de las personas entrevistadas, un 83,3% se encuentran en centros residenciales, pero también ocupan otros recursos en diferentes grados de institucionalización como son centros de día, centros de atención y seguimiento a la drogodependencia y comunidades terapéuticas. Apenas un 0,5% de las personas entrevistadas están institucionalizadas en centros de salud mental.

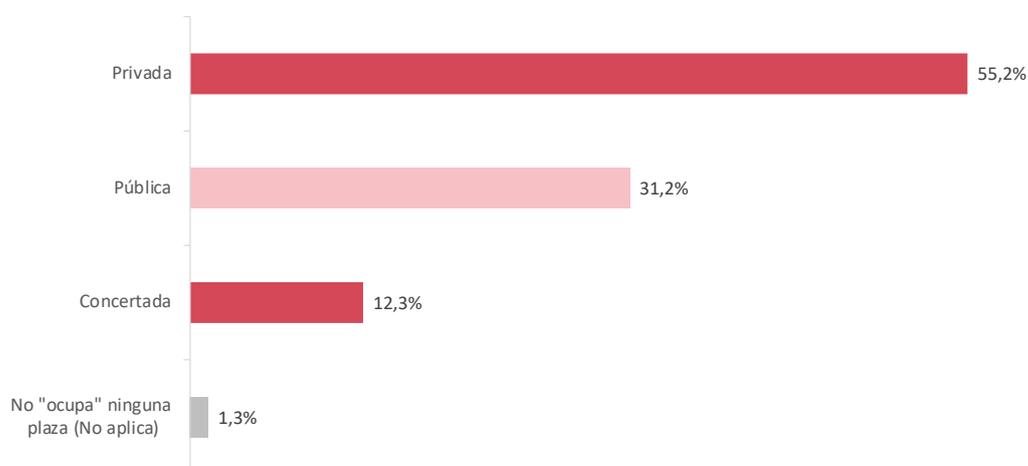
3.1.2: Tipo de Centro de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=222

En lo referente al tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en los centros, más de la mitad de la muestra ocupa plazas de carácter privado, frente al 31,2% que ocupan plazas de financiación pública. También existe una realidad minoritaria (12,3%) de personas que ocupan plazas de carácter concertado. Además en esta pregunta se constata que un 1,3% de la muestra no considera que ocupe ninguna plaza en un centro, si no que hace uso de algún recurso de manera puntual (como acudir a terapia o sesiones de asesoramiento, etc).

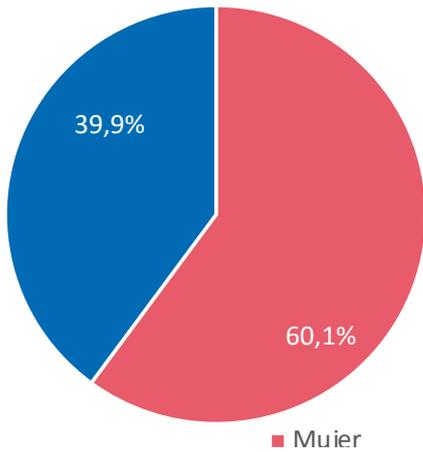
3.1.2: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=154

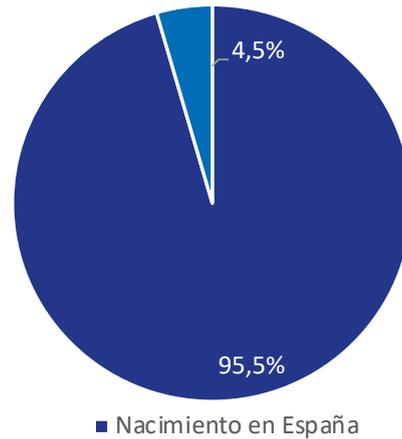
Los siguientes gráficos presentan el **perfil demográfico** de las personas entrevistadas. En primer lugar indicar que la muestra se compone mayoritariamente de mujeres (60,1%). Las personas entrevistadas tienen una edad media de 79,35 años, 73,69 en el caso de los hombres y 83,11 en el caso de las mujeres. Son en su gran mayoría personas nacidas en España (95,5%), acorde con la esperanza de vida mas prolongada en mujeres que en hombres.

3.1.2: 3.1.4: Sexo de las personas entrevistadas



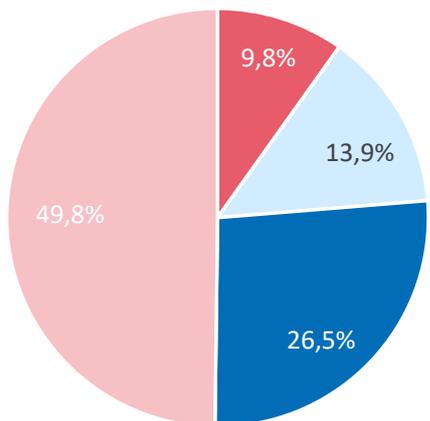
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=223

3.1.5: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=223

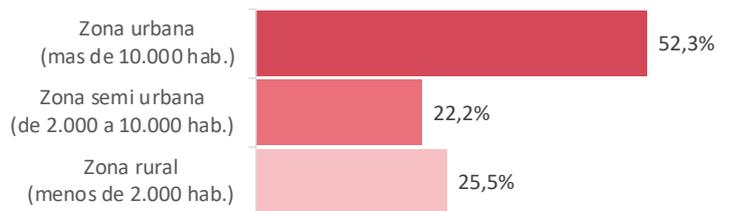
3.1.6: Estado civil de las personas entrevistadas



■ Casada/o y Pareja de hecho ■ Separada/o y Divorciada/o
■ Soltera/o ■ Viuda/o

Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=223

3.1.7: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=220

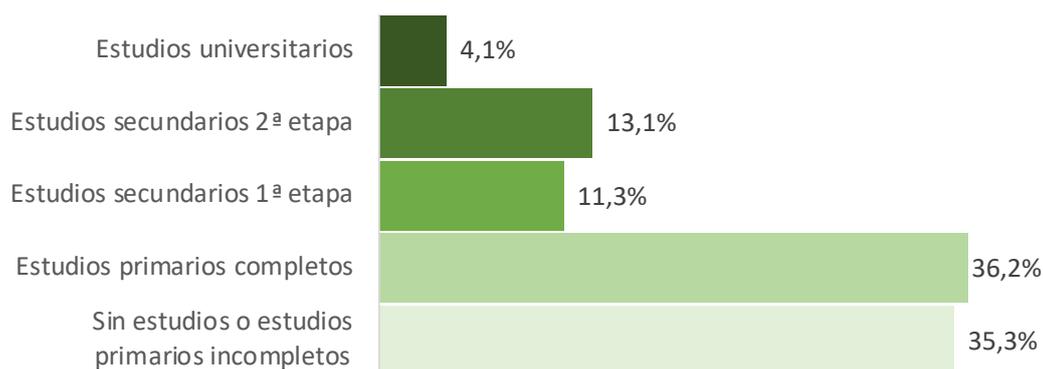
Así mismo, otra característica fundamental para comprender mejor la realidad del colectivo objeto de estudio es conocer que un 52,3% ha vivido la mayor parte de su vida en el ámbito urbano, es decir, en poblaciones de más de 10.000 habitantes. Esto podría estar relacionado con que las personas entrevistadas que pasan su vejez con algún grado de institucionalización cuentan con menos apoyo/red familiar en los ámbitos urbanos que en los ámbitos rurales. En los municipios de menos de 2.000 habitantes, considerados zona rural, ha residido la mayor parte de su vida "solo" un 25,5% de la muestra.

En cuanto al estado civil de las personas entrevistadas, cabe subrayar, que la mayoría de las personas mayores de 55 años que requieren cierto grado de institucionalización han enviudado (49,8%). Seguido por aquellos que se declaran solteros/as (26,5%) y por las personas separadas y divorciadas (13,9%). Lo que supone que, entre las personas entrevistadas, menos del 10% mantenía el estado civil casado/a o en pareja de hecho. Ello sugiere la hipótesis de que las personas con más red de apoyo familiar requieren menos este tipo de servicios.

Los siguientes gráficos completan el perfil de las personas entrevistadas para este diagnóstico mostrando las variables de tipo sociológico. Y reflejan cierto grado de heterogeneidad en el colectivo objeto de estudio.

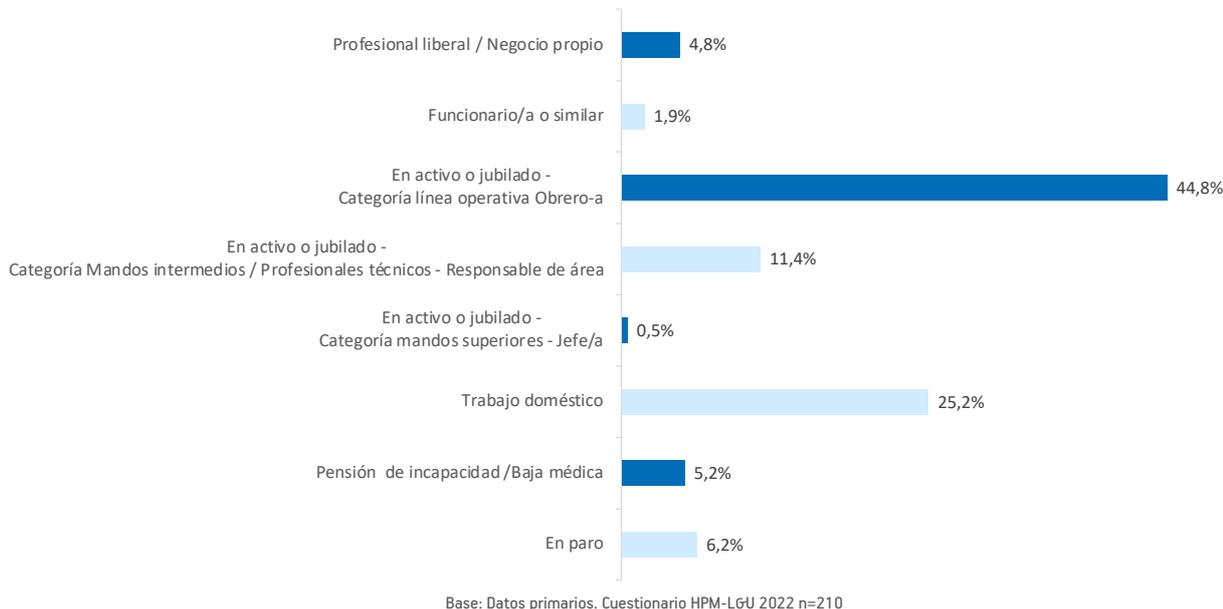
En cuanto al nivel de estudios alcanzado, se observa que la categoría mayoritaria es "Estudios primarios completos" (36,2%) seguido muy de cerca por aquellas personas entrevistadas que no completaron los estudios primarios o sin estudios (35,3%). Es preciso retomar en este punto el dato de la edad media de la muestra (79,35 años) para comprender que esta cohorte de edad refleja la realidad sociológica del periodo de la postguerra en España, donde todavía existían altos niveles de analfabetismo y la no generalización del sistema educativo obligatorio. Así, solo un 4,1% de las personas entrevistadas cuenta con estudios universitarios y un 24,4% se sitúan en la franja intermedia de formación con estudios secundarios.

3.1.8: Nivel de estudios de las personas entrevistadas

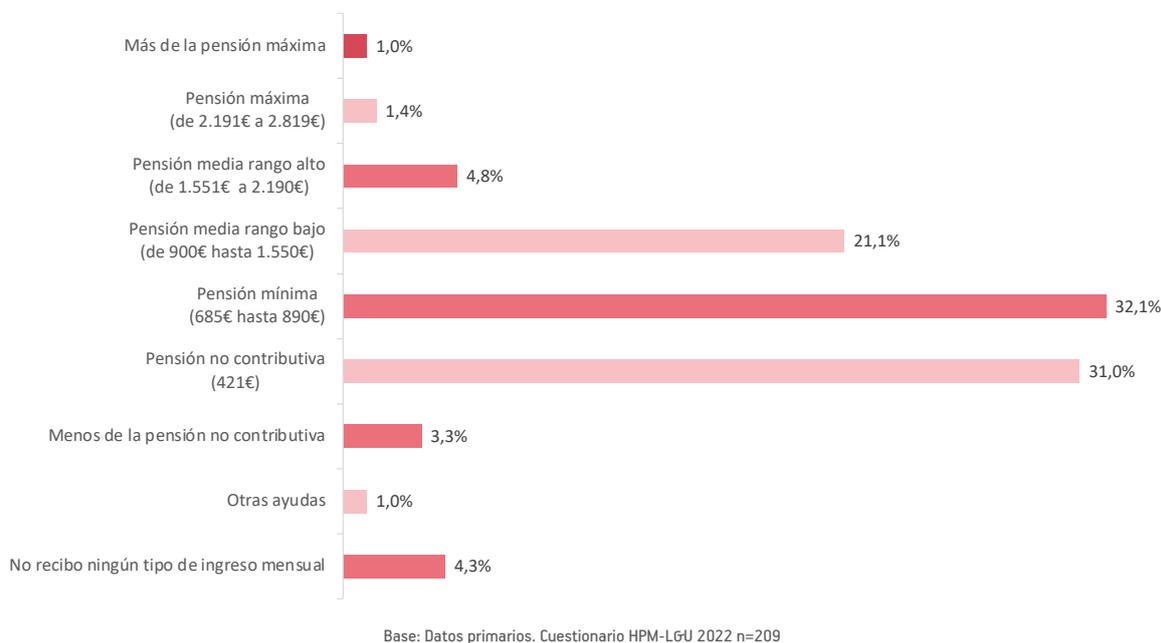


Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=221

3.1.9: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas



3.1.10: Situación económica de las personas entrevistadas

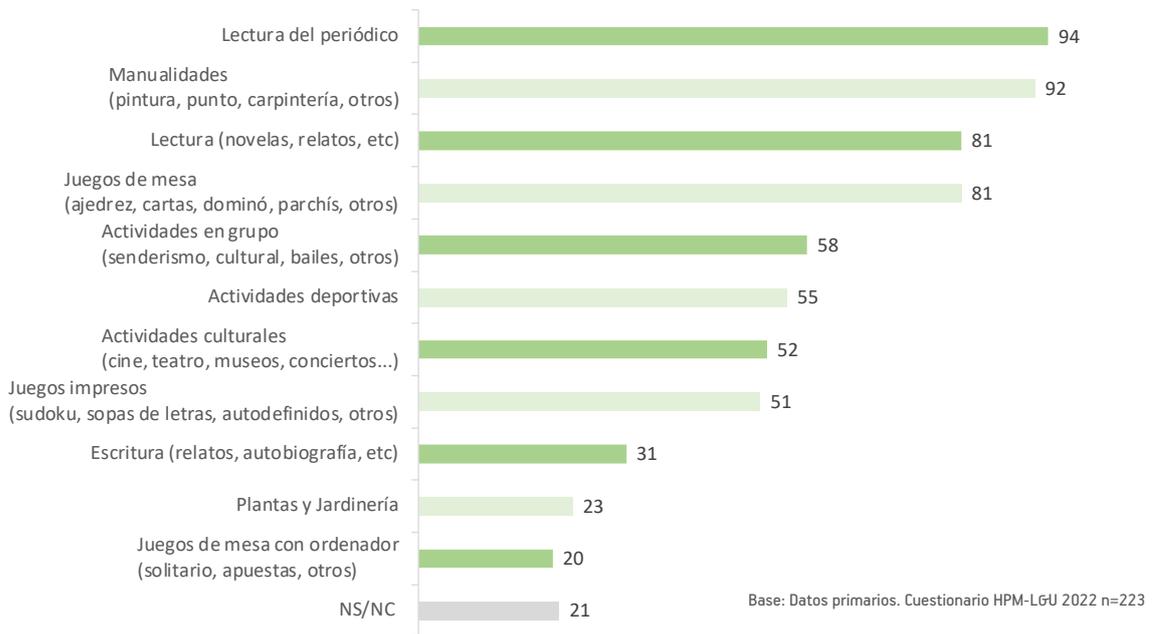


Respecto a la situación laboral de las personas entrevistadas, cabe señalar que el interés no era saber su situación actual, mayoría de jubilados, si no el puesto que habían alcanzado durante su trayectoria profesional activa. Acorde con el nivel de formación, la categoría mayoritaria 44,8% es la que se refiere a trabajos de línea operativa de más baja cualificación. Y en segundo lugar la categoría de trabajo doméstico (25,2%) que agrupa a un amplio porcentaje de las mujeres que responden a estas entrevistas.

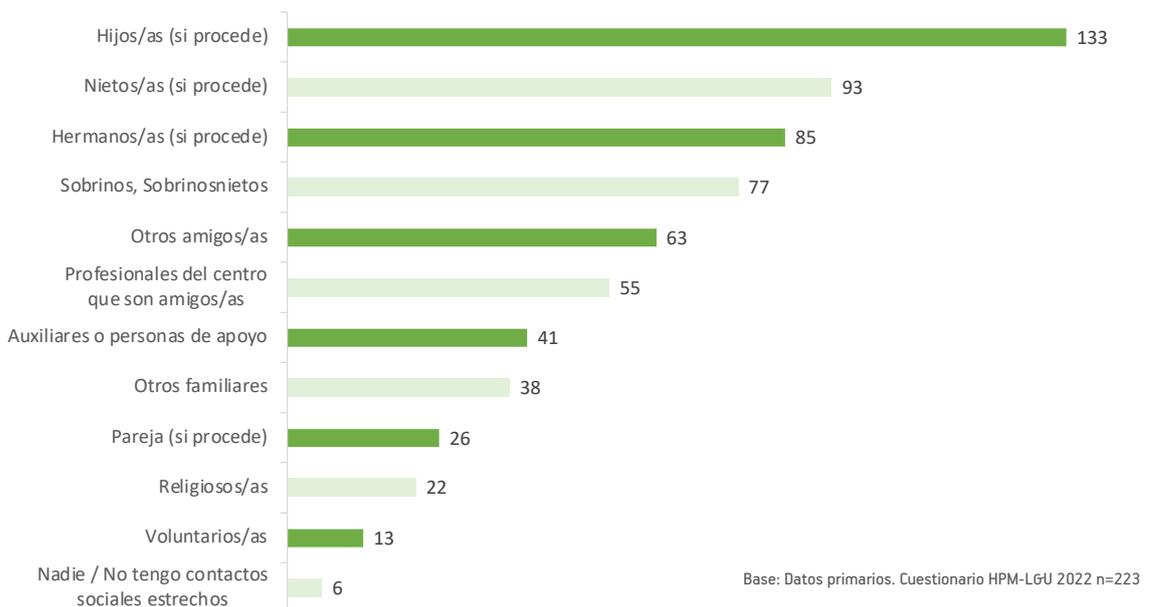
En lo que se refiere a la situación económica de las personas entrevistadas, se observa que el 32,1% recibe la pensión mínima, que sumada a la pensión de media rango bajo, supone que más de la mitad de la muestra (53,2%) percibiría pensiones contributivas pero por debajo de los 1.550€. Además, es importante destacar que un 31% de la muestra recibe pensiones no contributivas, lo que estaría fuertemente relacionado con la feminización de la muestra objeto de estudio y con los datos de trabajo doméstico que se han observado en el gráfico anterior.

Para completar el perfil de las personas entrevistadas en el diseño del diagnóstico se decidió preguntar por las actividades socio cultural y de ocio que las personas mayores realizaban en su día a día y por su la intensidad de sus relaciones familiares y de apoyo.

3.1.11: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas (Nº de menciones)

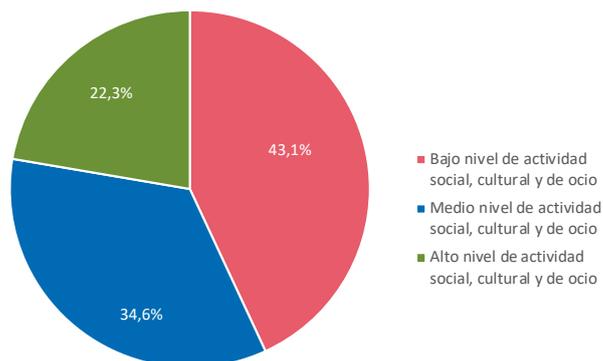


3.1.12: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas (Nº de menciones)



Las actividades favoritas o más mencionadas entre las personas entrevistadas tienen que ver con la lectura (del periódico diario y de novelas o relatos), las manualidades, y los juegos de mesa. Pero al categorizar esta variable los datos arrojan que un 43,1% de las personas entrevistadas tienen un bajo nivel de actividad social cultural y de ocio, realizan solo 1 o 2 de las actividades propuestas. En el otro extremo un 22,3% de las personas entrevistadas tienen un alto nivel de estos tipos de actividad participando frecuentemente en más de 5 de las actividades propuestas.

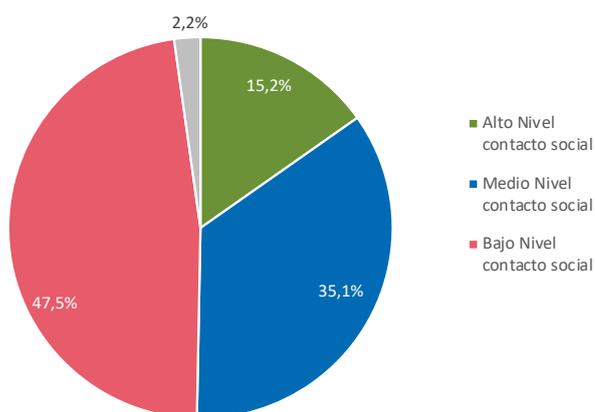
3.1.13: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=202

Sobre el nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas cabe destacar que en su mayoría son familiares directos (hijas/os, nietas/os, hermanos/as, sobrinos/as). De igual manera que en lo referente a las actividades, al categorizar las respuestas, los datos revelan que prácticamente la mitad de la muestra tiene escaso apoyo social estrecho, llama la atención que el 2,2% de personas entrevistadas reconoce no tener ningún contacto social estrecho.

3.1.14: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías.

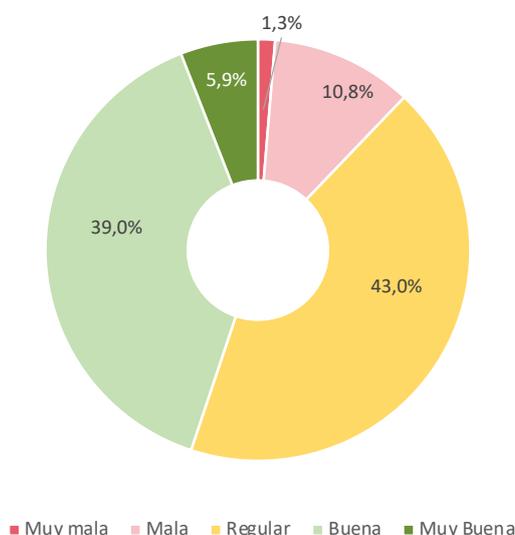


Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=223

Con los siguientes gráficos pretende mostrar un acercamiento a la autopercepción del estado de salud de las personas entrevistadas, así como a su nivel de independencia y grado de autonomía en las actividades básicas y en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Los datos sobre la autopercepción de la salud de las personas entrevistadas revelan que un 44,9% describe su estado de salud como bueno o muy bueno. Lo que supone que, más de la mitad de la muestra, un 55,1% de las personas entrevistadas considera su salud como regular mala o muy mala. Considerando nuevamente la media de edad de la muestra (79,35 años) es revelador que apenas un 12,1% de las personas entrevistadas considere su estado de salud como malo o muy malo.

3.1.15: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas

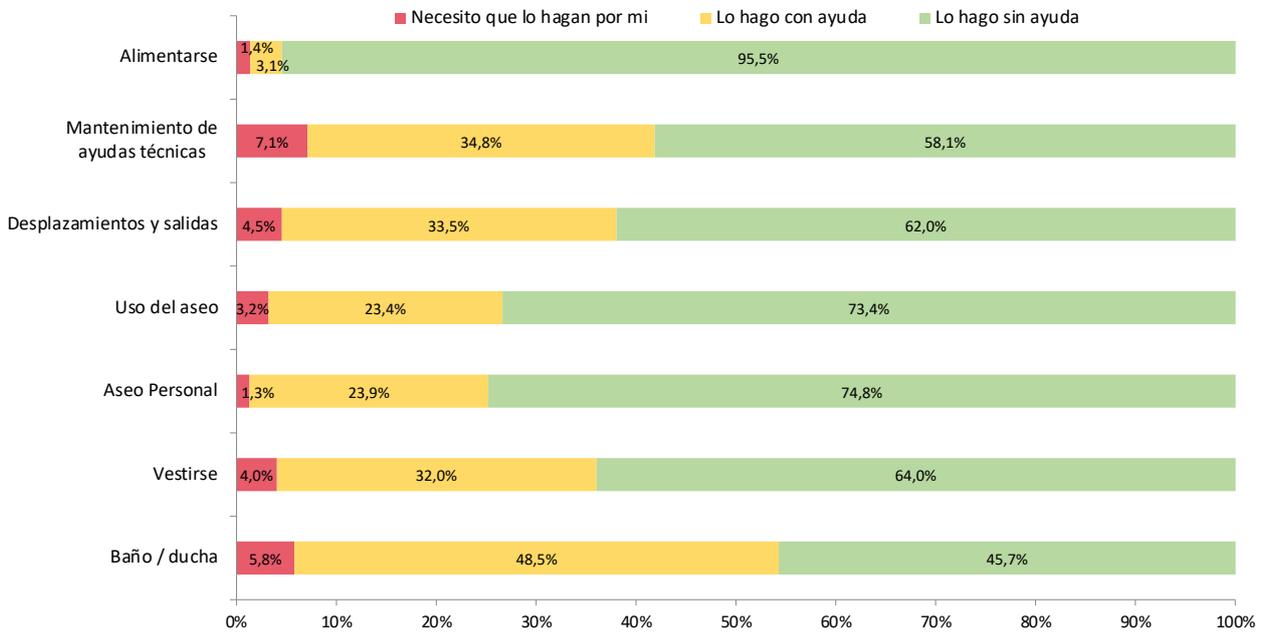


Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=223

Acorde con la percepción de la salud el siguiente gráfico sobre actividades básicas de la vida diaria (ABVD): muestra como las personas participantes en el estudio expresan un alto grado de autonomía. Siendo el mantenimiento de ayudas técnicas y el baño o ducha donde requieren más apoyo de terceras personas. Para alimentarse un 95,5%, lo hace de manera autónoma.

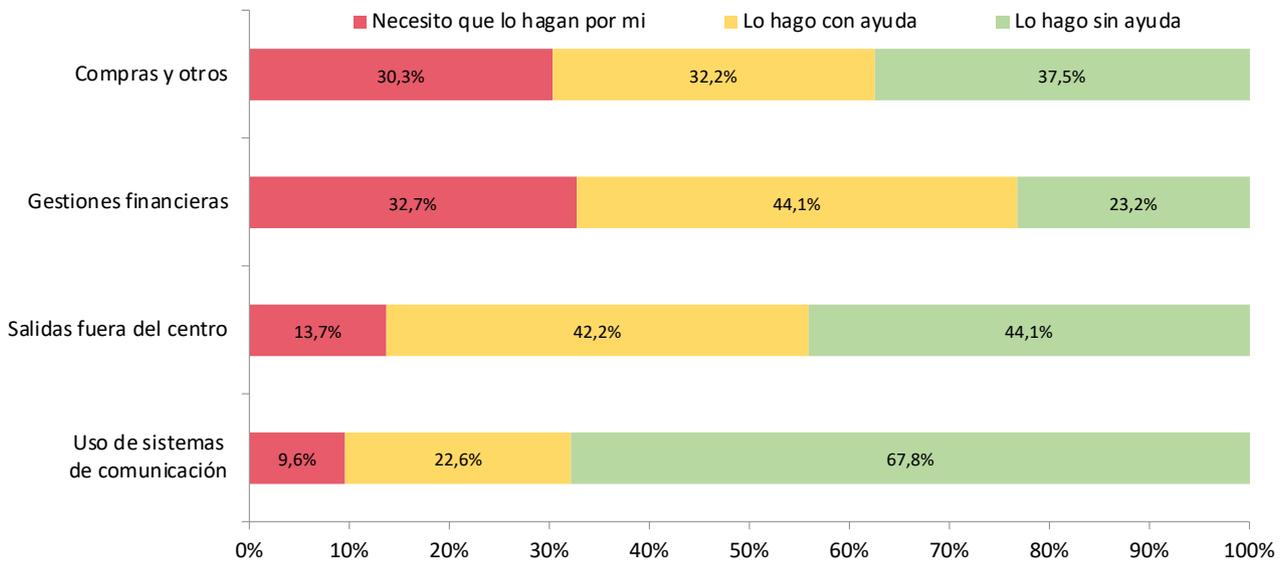
Sobre las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) las personas entrevistadas tienen menor grado de autonomía, de hecho requieren intervención de terceras personas en cuestiones relacionadas con las compras o las gestiones financieras, un tercio de las personas entrevistadas. No obstante más de la mitad de la muestra reconoce usar los sistemas de comunicación (teléfono) de manera autónoma.

3.1.16: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=218

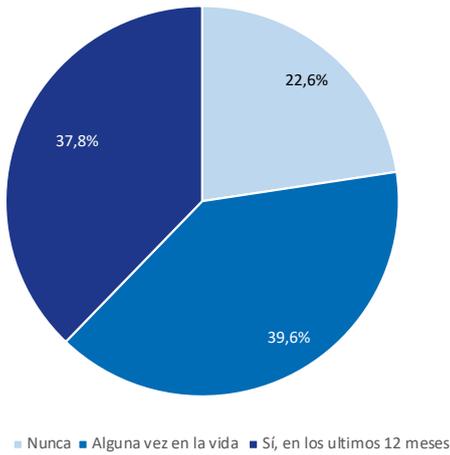
3.1.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=218

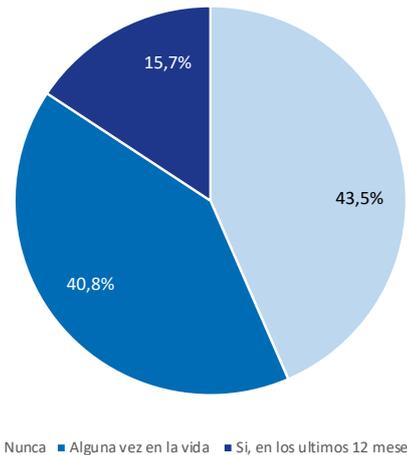
En lo que se refiere al consumo de **sustancias legales**, este estudio se proponía preguntar por el consumo de Alcohol (en dos tipos: vinos, cervezas y otros del tipo, combinados o alcoholes de mayor graduación), Tabaco y Café arrojando los siguientes cuatro datos que reflejan los cuatro gráficos azules.

3.1.18: Consumo de **alcohol 1** (tipo vino, cerveza, sidra, ...) de las personas entrevistadas



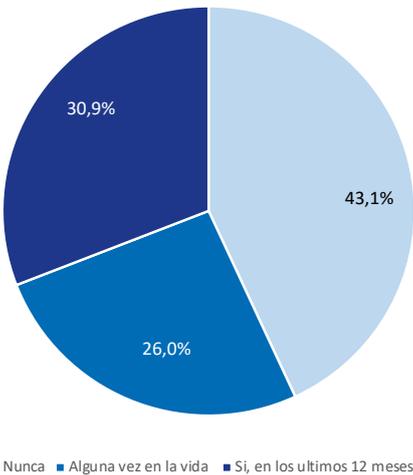
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=222

3.1.19: Consumo de **alcohol 2** (tipo combinados, cubatas, ...) de las personas entrevistadas



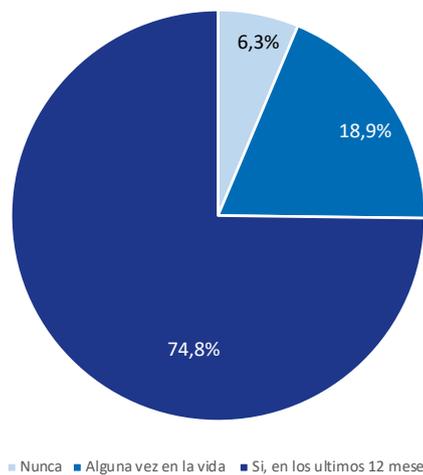
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=223

3.1.20: Consumo de **tabaco** de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=223

3.1.21: Consumo de **café** de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=222

En cuanto al consumo de alcohol (vino, cerveza o similares) un 37,8% de la muestra reconoce haberlos consumido en el último año. Además un 77,4% de la muestra habría consumido este tipo de bebida alguna vez en su vida, frente al 22,5% que declara no haberlo tomado nunca.

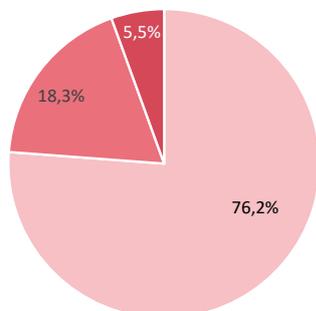
Al respecto del consumo de alcohol (cubatas, combinados) aumenta el porcentaje de personas entrevistadas que declara no haberlos consumido nunca, un 43,5% frente a 56,5% que si lo ha consumido a lo largo de la vida. Concretamente un 15,7% declara haber bebido este tipo de alcohol en los últimos 12 meses.

En el consumo de tabaco coincide el porcentaje de quien no ha fumado nunca (43%) con aquellos que no han bebido nunca combinados y cubatas. Hay que subrayar que los datos reflejan que el tabaco es todavía una realidad para el 30,9% de las personas entrevistadas que declaran haber fumado en los últimos 12 meses.

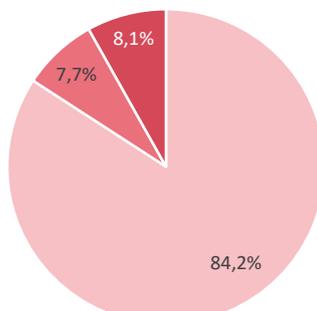
Sin duda el café es la sustancia más consumida por las personas entrevistadas, que en un 74,8% de los casos hacen uso de esta infusión en los últimos 12 meses. Es residual el porcentaje de personas entrevistadas que nunca han tomado café a lo largo de su vida 6,3%.

En lo referente al consumo de **sustancias ilegales**, en el diseño de este diagnóstico se tomó la decisión metodológica de agrupar estas sustancias en 5 categorías que se muestran en estos gráficos de gamas de colores rojos.

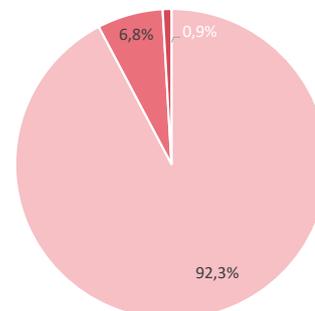
3.1.22: Consumo de **cannabis**, marihuana o hachís de las personas entrevistadas



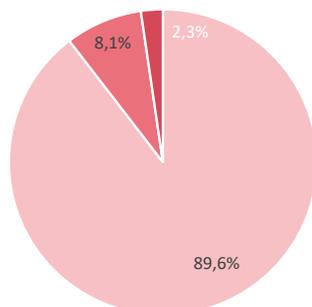
3.1.23: Consumo de **cocaína** de las personas entrevistadas



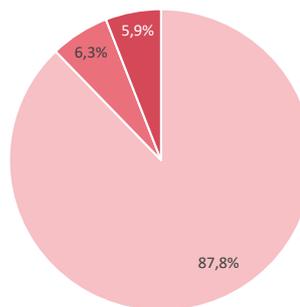
3.1.24: Consumo de **éxtasis** u otras drogas de síntesis de las personas entrevistadas



3.1.25: Consumo de **anfetaminas** o speed de las personas entrevistadas



3.1.26: Consumo de **heroína** de las personas entrevistadas



■ Nunca ■ Alguna vez en la vida ■ Sí, en los últimos 12 meses

Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=221

Un 76,3% de las personas entrevistadas nunca ha hecho uso de la marihuana o el cannabis en ninguna de sus formas. En cambio el 5,5% de las personas entrevistadas en las entidades de UNAD y LARES reconoce haber consumido esta sustancia en el último año.

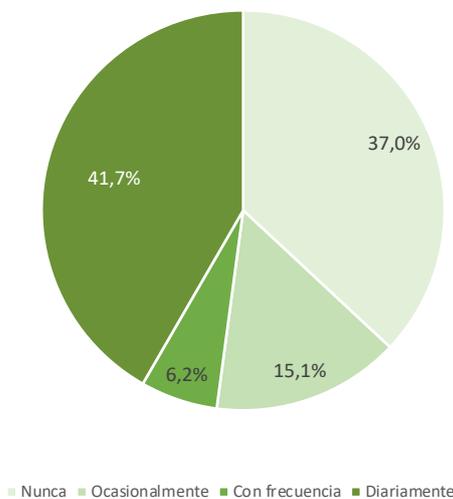
El comportamiento es similar en el caso de la cocaína. Un 84,2% declara no haber consumido esta sustancia, nunca, mientras que un 8,1% de las personas entrevistadas reconoce haberlo hecho en los últimos 12 meses.

Con respecto al consumo de anfetaminas, speed, alucinógenos, éxtasis y/ otras drogas de síntesis ambos gráficos muestran realidades muy similares que reflejan un consumo residual de estas sustancias. En torno al 90% de la muestra nunca ha consumido ninguna de estas sustancias. Un 1% de las personas entrevistadas declaraban haber consumido éxtasis y/ otras drogas de síntesis en el último año, mientras que un 2% de las personas entrevistadas reconocía haberlo hecho con anfetaminas, speed, alucinógenos en el mismo periodo de tiempo. Por último, en lo que se refiere al consumo de Heroína hasta un 5,9% de las personas entrevistadas ha consumido esta sustancia en los últimos 12 meses. Frente al 87,8% de la muestra, para quienes la heroína es una realidad distante con la que nunca han tenido contacto.

Nótese que el porcentaje de personas que nunca han tenido contacto con las sustancias ilegales se mantiene estable en torno al 88% (salvo en el caso del cannabis que es algo menor). Mas adelante, en posteriores páginas de este diagnóstico se encuentra un análisis más pormenorizado de los detalles de las personas consumidoras de estas sustancias

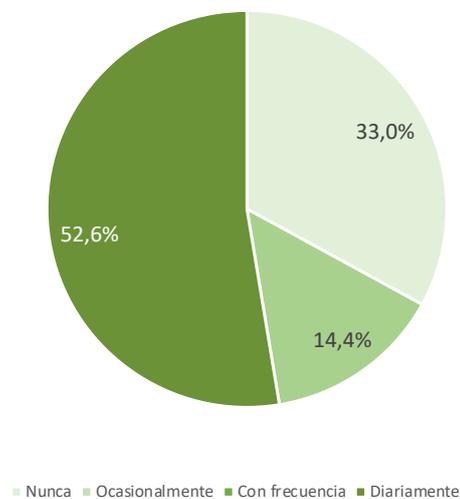
Sobre el consumo de **fármacos** este estudio trataba de obtener información de la percepción que las personas mayores entrevistadas tienen sobre su medicación (no se trata del dato objetivo médico de qué consumen, si no la información que ellos manejan sobre los medicamentos que toman). Para ello se realizó una primera pregunta general y tres preguntas específicas sobre el consumo de ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos. Los resultados se muestra a continuación en los gráficos verdes.

3.1.27: Frecuencia con la que las personas entrevistadas consumen algún medicamento para el estado de ánimo



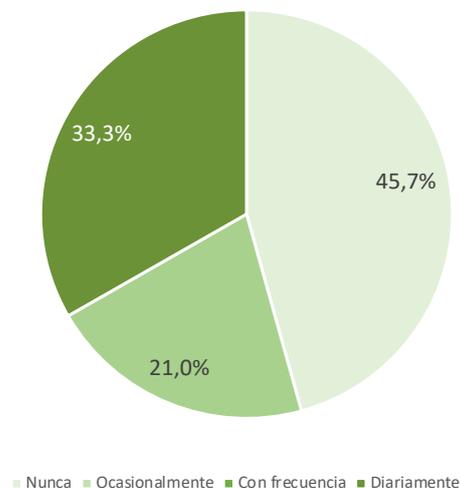
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=211

3.1.28: Consumo de ansiolíticos de las personas entrevistadas



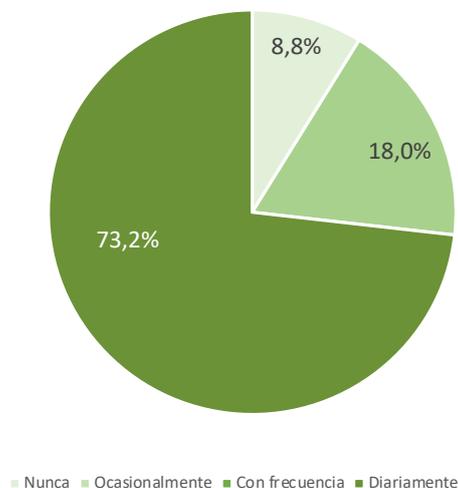
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=211

3.1.29: Consumo de antidepresivos de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=211

3.1.30: Consumo de analgésicos de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=211

A la pregunta general de con qué frecuencia consumen las personas entrevistadas medicación relacionada con el estado de ánimo, el 63% de las personas entrevistadas declaraban consumir este tipo de medicamentos, de ellos un 41,7% lo hacen diariamente. También la muestra señala que un 37% de las personas entrevistadas nunca han recurrido a tomar este tipo de medicación.

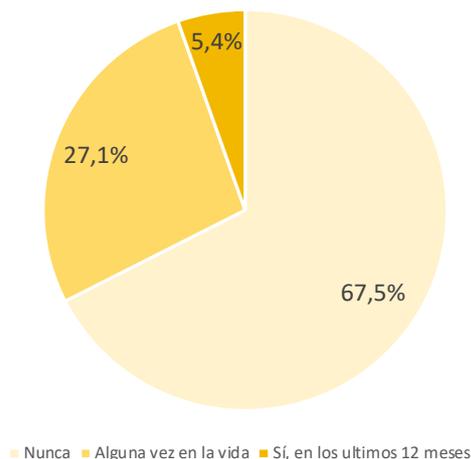
Concretamente, los datos sobre medicamentos ansiolíticos desvelan que más de la mitad de la muestra (52,6%) ha consumido este tipo de fármacos en los últimos 12 meses, frente al 33% de las personas entrevistadas que no los ha tomado nunca.

En lo referente a los fármacos antidepresivos, el consumo en los últimos 12 meses se reduce hasta el 33,3% de las personas entrevistadas, y aumenta significativamente el porcentaje de personas que nunca ha recurrido a ellos (45,7%).

En último lugar, se trata la variable del consumo de analgésicos. Un 73,2% de las personas entrevistadas reconoce haber tomado alguno de los fármacos de este tipo en el último año. Y un porcentaje residual de la muestra declara no haber necesitado recurrir a analgésicos nunca (8,8%).

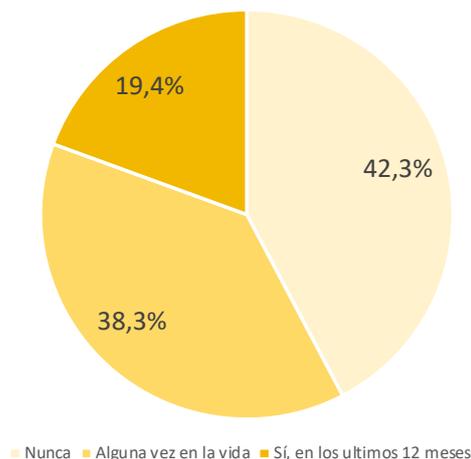
En cuanto a las **adicciones sin sustancia** este diagnóstico ha contemplado las actitudes relacionadas con el juego en 5 variables: una pregunta general y cuatro específicas que preguntan por lotería, bingo, tragaperras y apuestas deportivas o similares, que se muestran en los gráficos de gama de colores amarillos a continuación.

3.1.31: Frecuencia de **juego a máquinas tragaperras** de las personas entrevistadas



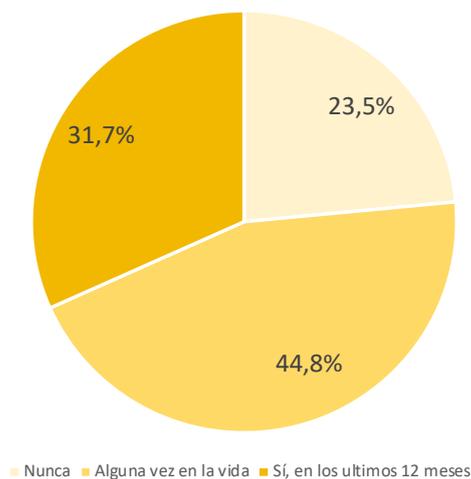
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=221

3.1.32: Frecuencia de **juego al bingo** de las personas entrevistadas



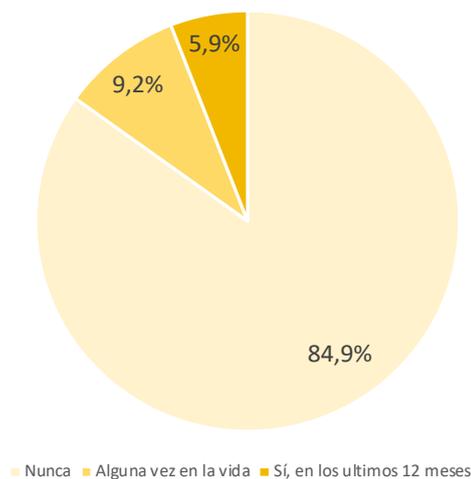
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=221

3.1.33: Frecuencia de juego a la **lotería/ quiniela o algún otro tipo de juego** de las personas entrevistadas



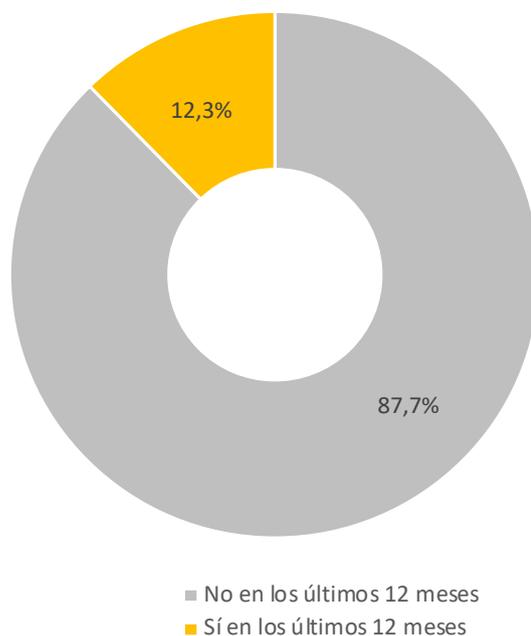
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=221

3.1.34: Frecuencia de juego a **apuestas deportivas o similares** de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=221

3.1.35: Juego y/o apuestas con dinero en los últimos 12 meses de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=219

En la variable general un 12,3% de las personas entrevistadas reconoce haber jugado o apostado con dinero en el último año, frente al 87,7% de personas que dicen no tener estas conductas.

Los datos reflejan que un 67,5% de las personas entrevistadas nunca han jugado en las máquinas tragaperras que se encuentran frecuentemente en los bares. Lo que supone que un 32,5% sí que ha jugado, de los cuales concretamente el 5,4% lo ha hecho en el último año.

Sobre los datos relacionados con el bingo la muestra arroja un 42,3% de personas entrevistadas que nunca han jugado, frente al 57,7% que si han jugado durante su vida, concretamente el 19,4% reconoce haberlo hecho durante los últimos 12 meses.

En el caso de la lotería, el 76,5% de las personas entrevistadas reconoce sí haber jugado alguna vez en su vida, concretamente el 31,7% lo hizo durante el último año.

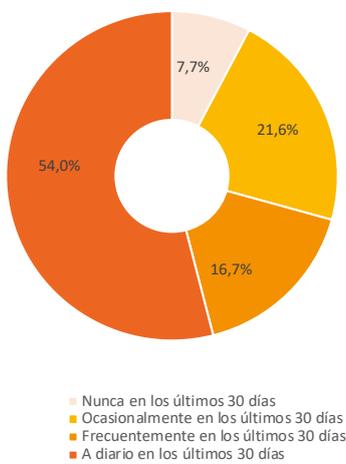
En el caso de las apuestas deportivas los porcentajes de uso caen y constituyen una realidad bastante alejada para la gran mayoría de las personas entrevistadas. Así, un 84,9% nunca ha realizado este tipo de apuestas, y apenas un 5,9% lo ha hecho en los últimos 12 meses.

Cuando las personas fueron cuestionadas sobre cómo accedían a este tipo de juegos o apuestas, la totalidad de aquellas personas que reconocían jugar o apostar respondieron que lo hacen de manera presencial, no siendo la vía online la preferida por ninguna de las personas entrevistadas.

Los siguientes gráficos en tonos naranjas hacen referencia al uso que las personas entrevistadas hacen de las pantallas como medio de entretenimiento.

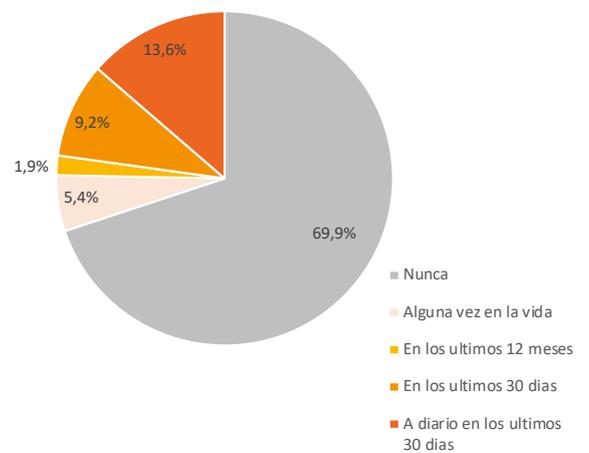
Los datos muestran el uso masivo de la televisión, un 54% reconoce usarla a diario y apenas el 7,7% declara no haberla visto en los últimos 30 días. Lo que supone que independientemente de la frecuencia se puede asumir que un 92,3% de las personas entrevistadas han hecho uso de la televisión para entretenerse en el último mes.

3.1.36: Frecuencia de uso de la **televisión** de las personas entrevistadas



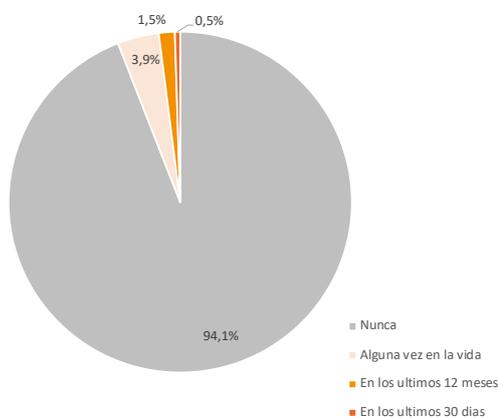
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=222

3.1.37: Frecuencia de uso de las **redes sociales** de las personas entrevistadas



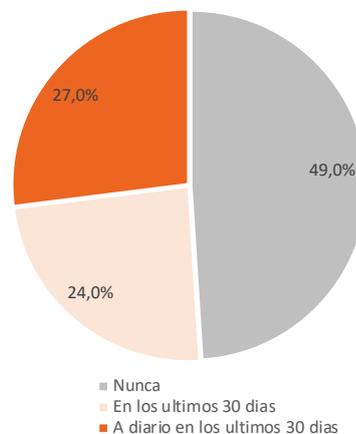
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=222

3.1.38: Frecuencia de uso de **aplicaciones de contactos/ compañía/ eróticas** de las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=222

3.1.39: Frecuencia de uso de **otros dispositivos con pantallas** con los que las personas entrevistadas se entretienen, pasan un rato de ocio o se comunican



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=222

En cambio, en los datos relacionados con las redes sociales, se observa que para el 70% de las personas entrevistadas las redes sociales no son una realidad incorporada en su vida diaria, dato que es acorde con la generación no digital a la que pertenecen las personas entrevistadas. Entre el 30% restante de personas entrevistadas que usan estos canales de comunicación un 13,6% lo ha hecho a diario en los últimos 30 días.

En esta misma línea las personas que hacen uso de aplicaciones de contactos/compañía/eróticas ocupan un porcentaje prácticamente residual del total de la muestra, apenas un 5,9% reconoció haber utilizado este tipo de redes en algún momento.

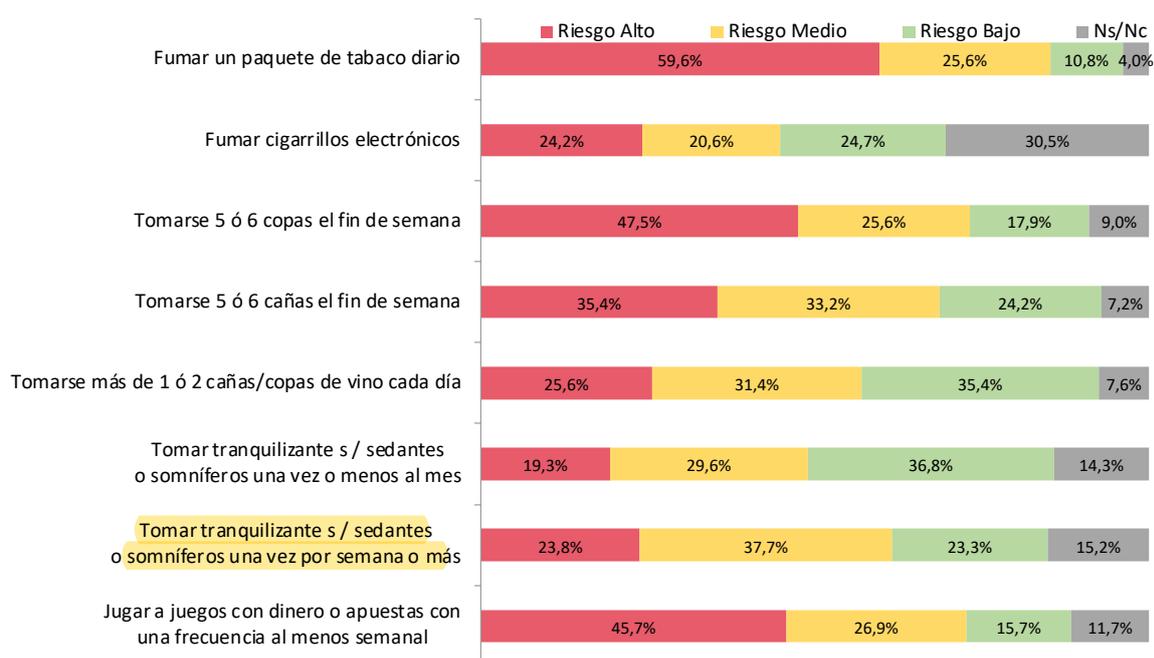
En definitiva, cuando las personas entrevistadas fueron cuestionadas al respecto de la frecuencia con la que utilizan otros dispositivos con pantallas para entretenerse, pasar un rato de ocio o comunicarse, un 51% reconocen utilizar dispositivos con pantalla para entretenerse, un 27% del total reconoce utilizarlos a diario.

Para completar las variables tenidas en cuenta por el diagnóstico, se realizó a las personas entrevistadas una pregunta sobre la percepción del riesgo que ellas mismas tenían con respecto a algunas de las adicciones mencionadas a lo largo del cuestionario que se recogen en el gráfico de mas abajo donde los colores de un semáforo muestran la percepción del riesgo, alto riesgo en rojo, bajo riesgo en verde.

Los datos muestran 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 al menos semanal son las actitudes que más riesgo entrañan para las personas entrevistadas. De ello se deriva la extendida concienciación sobre el carácter nocivo del tabaco. Además la preocupación por el juego deja entrever una preocupación por la ajustada situación económica que han declarado tener la mayoría de las personas entrevistadas.

Destaca el desconocimiento que las personas entrevistadas tienen sobre los cigarrillos electrónicos. Las personas entrevistadas encuentran que supone un riesgo bajo el contacto con tranquilizantes/sedantes/somníferos, que a su vez es uno de los consumos con más incidencia en la población objeto de estudio como se ha visto anteriormente.

3.1.40: Auto percepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=223

ZOOM PERSPECTIVA DE GÉNERO

Un firme propósito desde el diseño de este diagnóstico ha sido aplicar una perspectiva de género de manera transversal que permita atender a la realidad desconocida, marginal y llena de tabúes de las mujeres mayores y específicamente de las mujeres mayores con adicciones.

Para acercarse de una manera integral a las realidades sociales es imprescindible tener en cuenta cómo afectan los fenómenos sociales de manera desigual a los diferentes grupos de población y minorías. Para analizar dicho impacto diferencial desde el marco teórico se consideró específicamente la problemática de las mujeres mayores con adicciones. El diseño de la parte cualitativa se tuvo en cuenta con un grupo de discusión específico de mujeres y en el diseño de la parte cuantitativa se recogió en forma de preguntas específicas en las que las mujeres pudieran expresar el grado de violencias que se sufren en estos contextos. A continuación, el análisis de los resultados cuantitativos se detiene en estudiar un zoom desagregado de las respuestas de las mujeres entrevistadas para poder tener conclusiones específicas como las siguientes.

En líneas generales el perfil de las mujeres entrevistadas es el de mujeres nacidas en España, con una media de edad alta (83,11 años) que han vivido la gran parte de su vida tanto en entornos urbanos como rurales. En la actualidad ocupan mayoritariamente plazas privadas en centros de tipo residencial. La mayoría de las mujeres tienen estudios primarios y unos ingresos mensuales que oscilan entre los 421€ y 890€. En las próximas páginas se desarrollaran estas informaciones.

En relación con la ocupación del tiempo libre, la mayoría de las mujeres realizan actividades de manualidades, destacando, en general, un nivel de actividad sociocultural medio. Por otro lado, las personas con las que habitualmente mantienen contacto son en su mayoría hijas e hijos, seguido de nietas y nietos. En lo que se refiere a las situaciones de violencia, el 21,6% de las entrevistadas ha sufrido alguna vez algún tipo de violencia por parte de su pareja.

La mitad de las mujeres encuestadas perciben su salud física como regular, mala o muy mala.

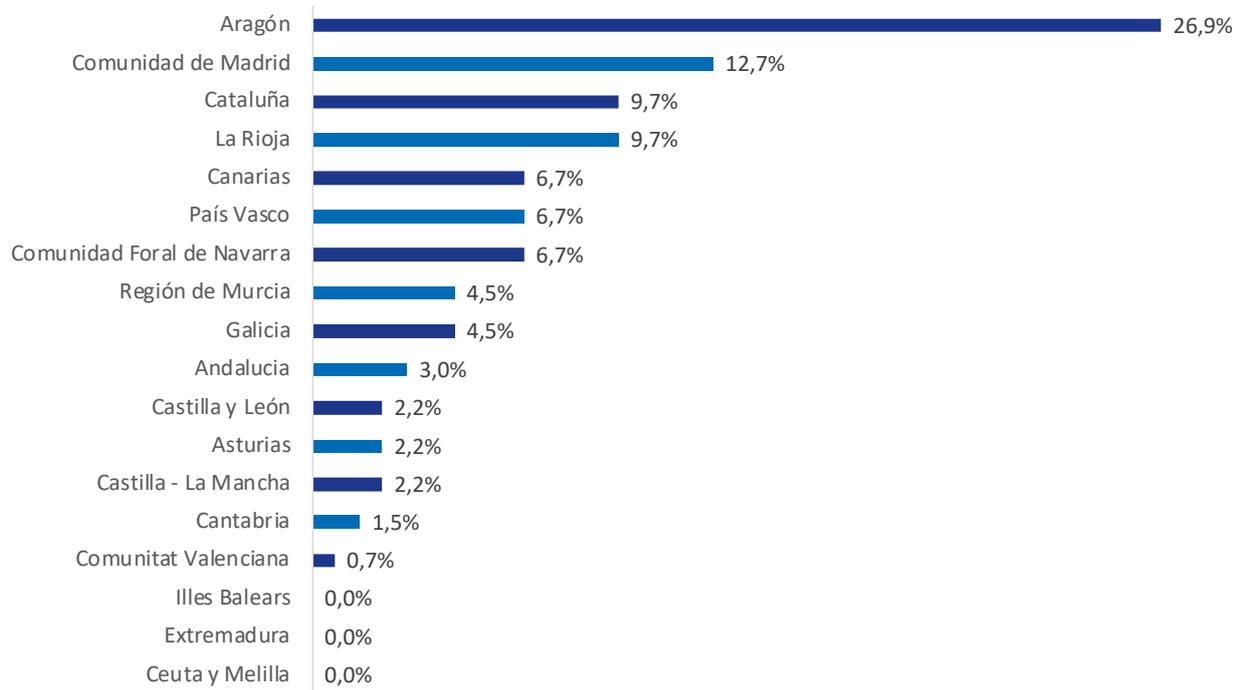
El grado de autonomía de las mujeres participantes en el estudio revela mayor grado de independencia en actividades relacionadas con el autocuidado personal, pero menor autonomía en aquellas que tienen que ver con gestiones o salidas.

Destacan muy bajo niveles de consumo de sustancias potencialmente adictivas, siendo el café seguido por el vino o cerveza lo que más consumen las mujeres encuestadas por encima de otros como tabaco, cubatas u otros combinados.

A nivel farmacológico, más de la mitad de las mujeres afirma tomar medicación para el estado de ánimo y hace uso de ansiolíticos, seguido por los antidepresivos. También es relevante señalar que el 76% de las entrevistadas ha tomado analgésicos en los últimos 12 meses.

Repasando los datos específicos de las mujeres entrevistadas en la distribución territorial de la muestra se advierten las primeras diferencias entre los datos generales y los específicos de mujer. Aunque Aragón continúa siendo la comunidad autónoma más representada, las mujeres entrevistadas son más en la Comunidad de Madrid, Cataluña, La Rioja y Canarias que, en el País Vasco, que era la segunda autonomía con más entrevistas en los datos de la muestra general.

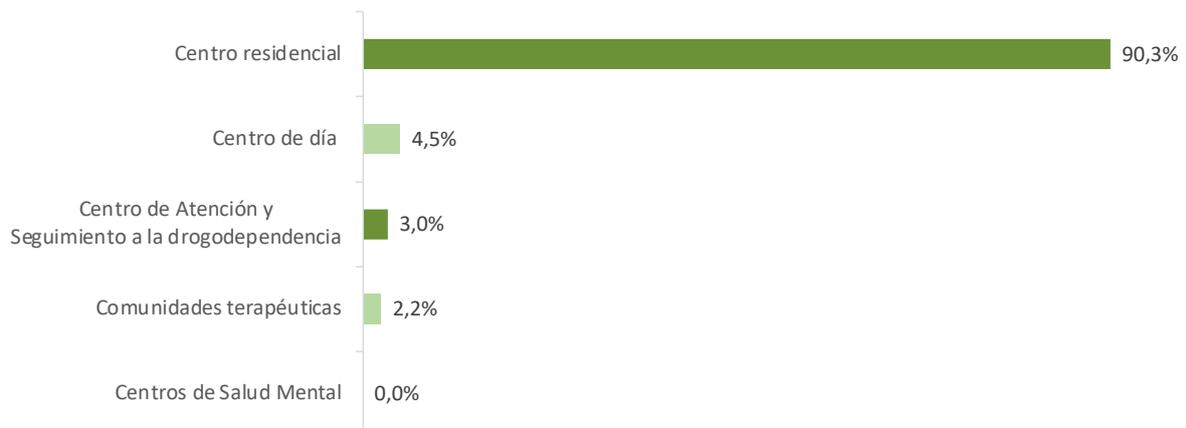
3.2.1: Comunidad autónoma del centro o residencia de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

La mayoría de las mujeres entrevistadas habitan centros residenciales (90,3%), incluso con más intensidad que en los datos de la muestra general. En cambio, las mujeres son menos en el perfil de entrevistados procedentes de centros de día. También destaca que no hay ninguna mujer de las entrevistadas haciendo uso de los Centros de salud mental.

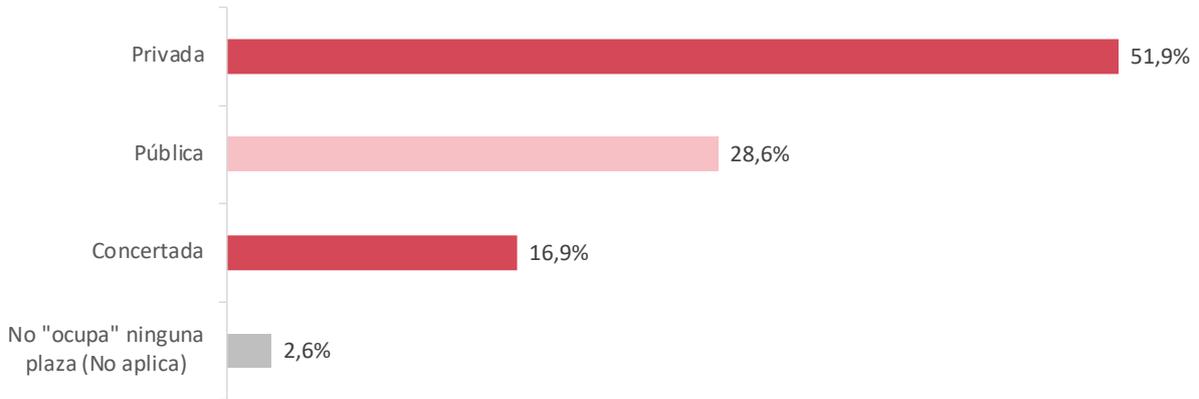
3.2.2: Tipo de Centro de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

Aumenta en cambio el perfil de las plazas concertadas (16,9%) entre las mujeres entrevistadas. Disminuyendo ligeramente las que acuden a plazas privadas y públicas comparadas con la muestra general del estudio.

3.2.3: Tipo de plaza que las mujeres entrevistadas ocupan en el centro



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=77

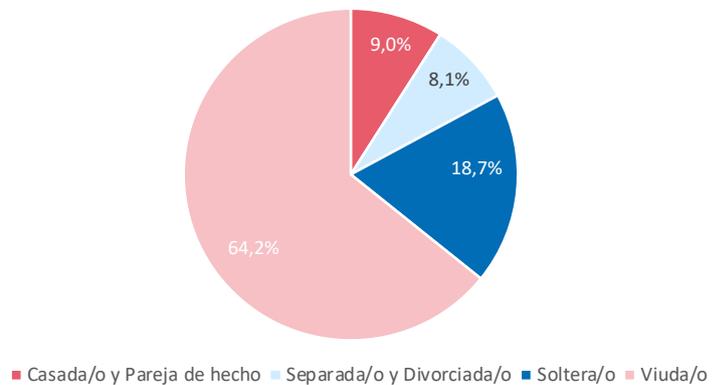
En los siguientes gráficos se abordan los datos demográficos de las mujeres entrevistadas para este diagnóstico.

3.2.4: Lugar de nacimiento de las mujeres entrevistadas



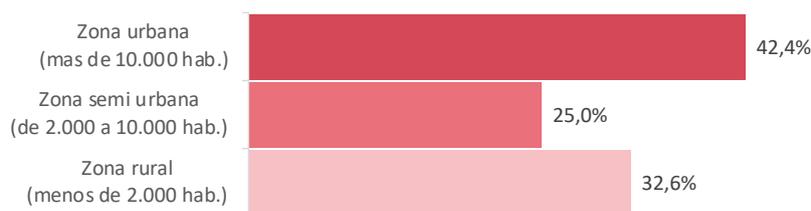
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

3.2.5: Estado civil de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

3.2.6: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=100

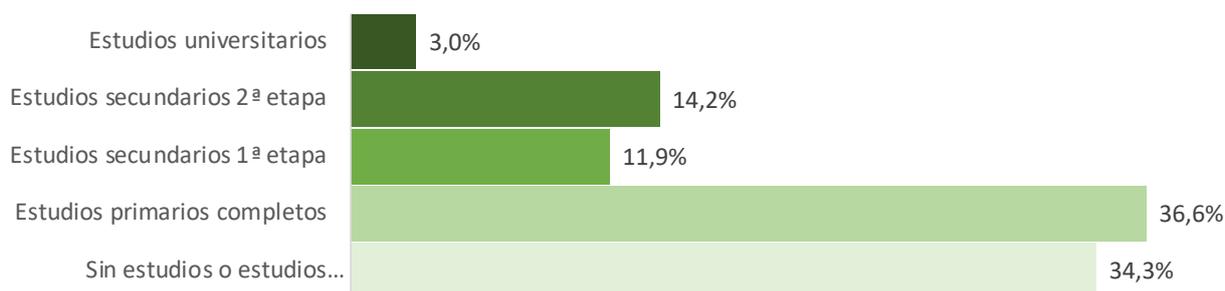
El porcentaje de personas entrevistadas de origen extranjero es menor entre las mujeres, siendo apenas un 2,2% frente al 4,5% de personas que no habían nacido en España en la muestra general.

En lo referente al estado civil destaca el aumento del porcentaje de personas en la categoría de viudedad, que es mayor entre las mujeres 64,2% frente a 49,8% en el caso de la muestra general. En cambio, son menores en el caso de las mujeres las categorías separada (8,1%) y soltera (18,7%). Se mantiene estable en torno al 9% el porcentaje de mujeres casadas lo que reafirma que son también una minoría las personas con más red de apoyo familiar que acuden a este tipo de institucionalización.

Sobre el carácter de la zona donde han residido la mayor parte de su vida las mujeres entrevistadas, la diferencia más significativa es la de la categoría zona rural, que aumenta en el caso de las mujeres pasando del 25,5% en la muestra general al 32,6% en este caso. Lo que a su vez conlleva una drástica disminución de las entrevistadas en zona urbana que pasan de suponer el 52,3% de la muestra general, al 42,4% de las mujeres entrevistadas, aunque esta continúa siendo la categoría más representativa.

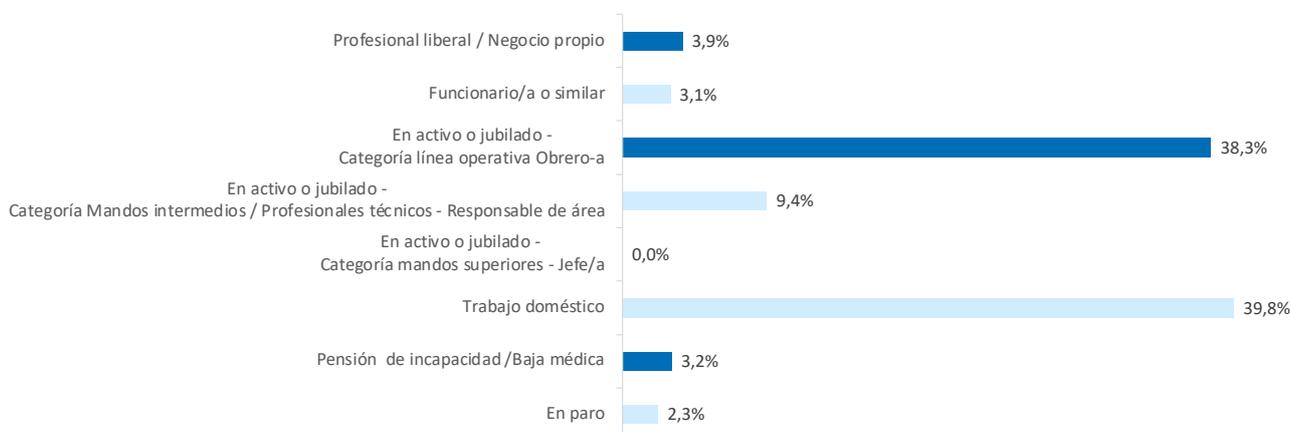
Para completar el perfil social de las mujeres entrevistadas para realizar este diagnóstico, se analizan a continuación las variables de nivel de estudios alcanzado, situación laboral y situación económica.

3.2.3: Tipo de plaza que las mujeres entrevistadas ocupan en el centro



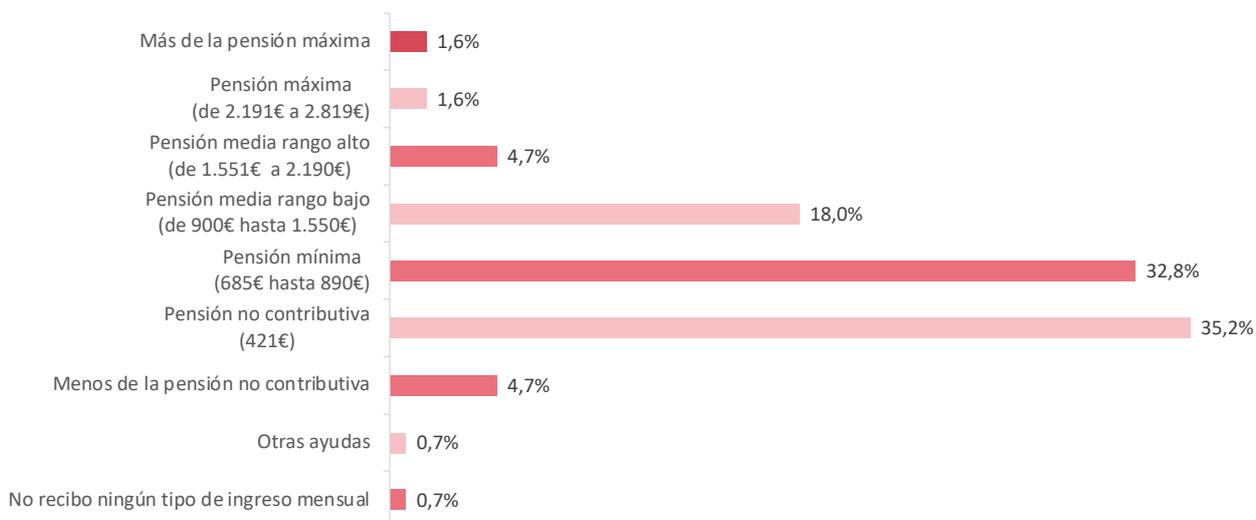
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=77

3.2.8: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

3.2.9: Situación económica de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

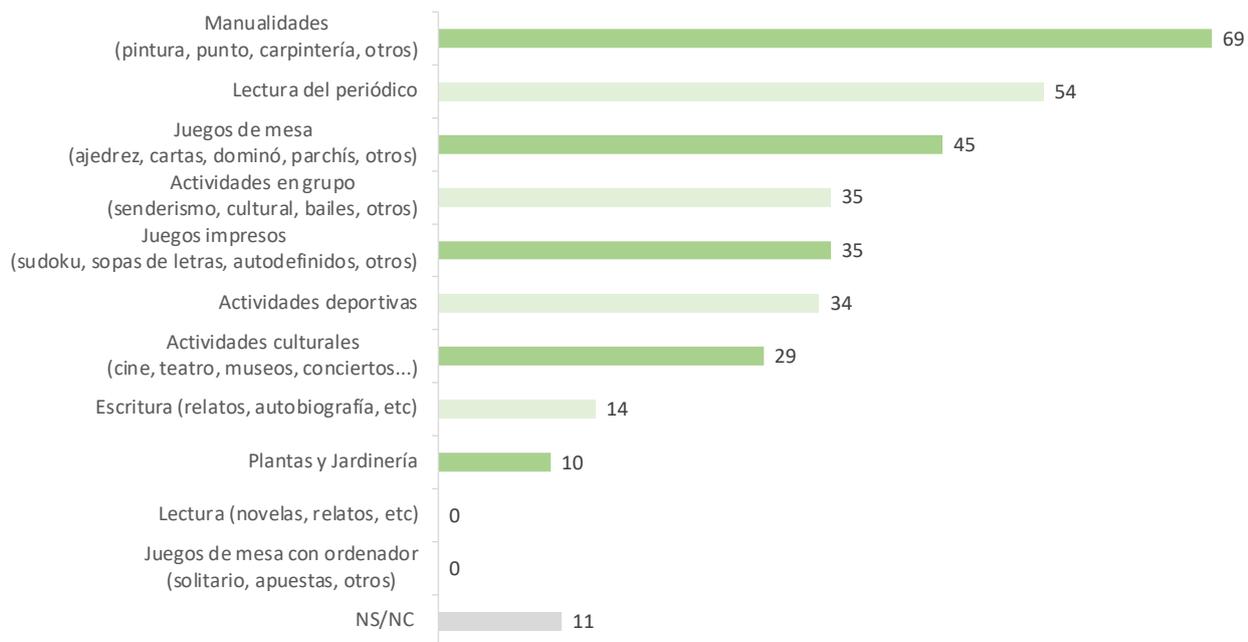
En cuanto al nivel de estudios sigue siendo mayoritario la categoría de estudios primarios, seguida muy de cerca por sin estudios o estudios primarios incompletos, y la diferencia se observa en el porcentaje de aquellos que consiguieron alcanzar los estudios universitarios que se reduce en el caso de las mujeres, lo que no sorprende si se tiene en cuenta la edad media de la muestra (83,11 años).

Sobre la situación laboral de las mujeres entrevistadas, destaca como era esperable el aumento del porcentaje del trabajo doméstico (39,8%) comparado con los datos de la muestra general (25,2%). El trabajo doméstico se convierte así en la categoría mayoritaria entre las mujeres entrevistadas, seguido muy de cerca por aquellas que desarrollaron su trayectoria profesional en trabajos de baja cualificación, acorde con los bajos niveles de formación de las mujeres entrevistadas. También aumenta el porcentaje de las mujeres que desarrollan trabajos de funcionaria o similar hasta el 3,1%.

La categoría mayoritaria, en cuanto a la situación económica entre las mujeres entrevistadas es la que tiene que ver con la pensión no contributiva (35,2%), que también está en relación con el alto porcentaje de trabajo doméstico y la baja cualificación registrada por los gráficos anteriores.

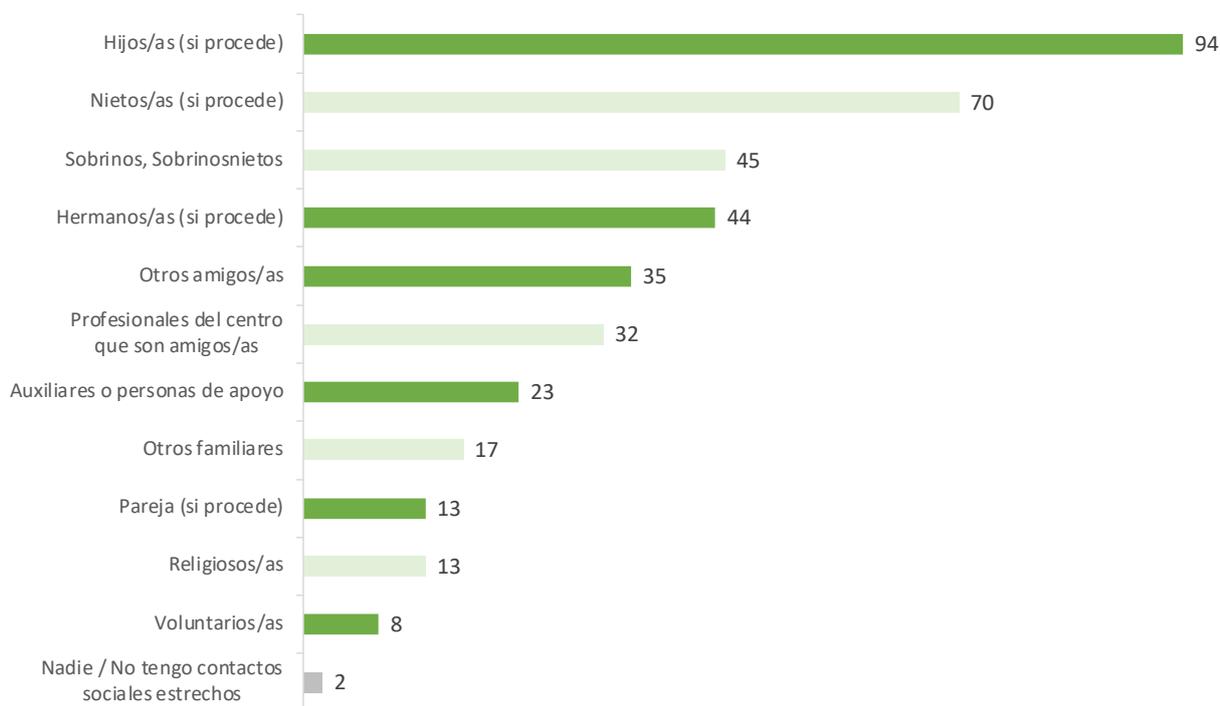
Para saber más sobre el carácter de la socialización de las mujeres entrevistadas en este diagnóstico se abordan a continuación los gráficos desagregados por el número de menciones y categorizados en porcentajes de las actividades sociales, culturales y de ocio que realizan y los contactos sociales estrechos con los que cuentan como red de apoyo.

3.2.10: Nivel de actividad social cultural y ocio de las mujeres entrevistadas (Nº de menciones)



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

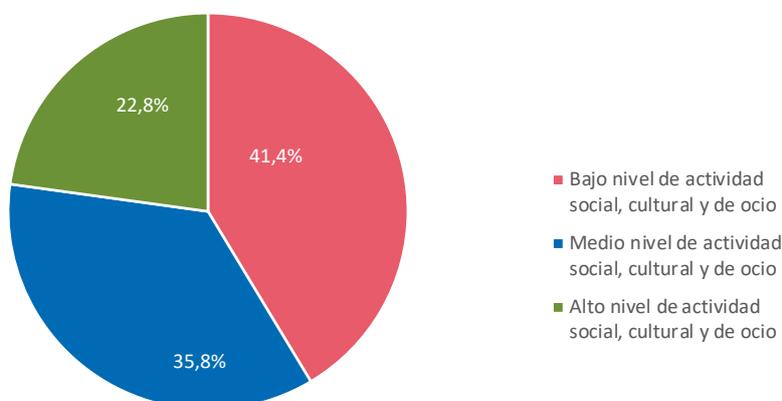
3.2.11: Nivel de contacto social estrecho de las mujeres entrevistadas (Nº de menciones)



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=134

Si en los datos de la muestra general las actividades de lectura, sobretodo prensa, ocupaban los primeros puestos en el ranking de actividades que realizan las personas entrevistadas en el caso específico de las mujeres las actividades manuales son las más mencionadas con diferencia, seguidas por la lectura del periódico y los juegos de mesa. Cuando se ha categorizado esta variable los datos muestran que un 41,4% de las mujeres tienen un bajo nivel de actividad social cultural y de ocio, porcentaje ligeramente menor que el encontrado en la muestra general.

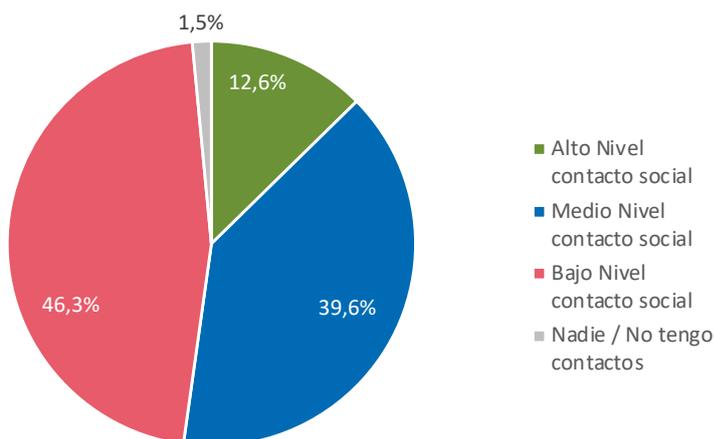
3.2.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las mujeres entrevistadas. Categorías.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=134

En lo que se refiere al contacto social estrecho no se encuentran diferencias entre los contactos mencionados en la muestra general y los contactos específicos de las mujeres, de hecho, el orden de las categorías mencionadas es prácticamente igual. La variable categorizada de contacto social estrecho desvela que un 46,3% de las mujeres entrevistadas tiene un bajo nivel de contacto social, también ligeramente inferior que la misma categoría en la muestra general. Además las mujeres que tienen alto nivel de contacto social (12,6%) también son menos que el porcentaje en la misma categoría en la muestra general (15,2%).

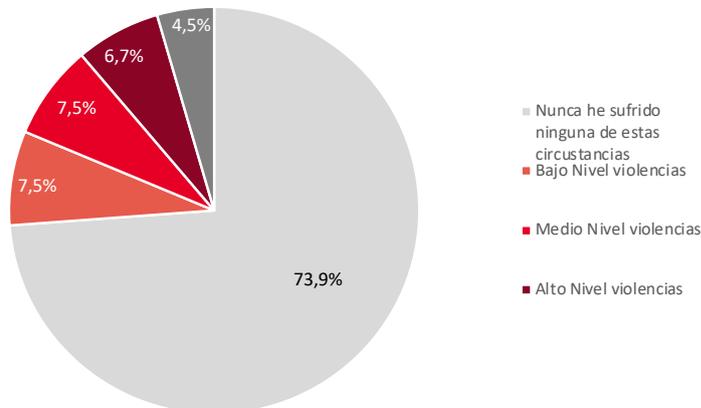
3.2.13: Nivel de contacto social estrecho de las mujeres entrevistadas. Categorías.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

Cuando las mujeres entrevistadas para este diagnóstico fueron preguntadas por el nivel de violencia que habían sufrido a lo largo de su vida, la gran mayoría no tenía la percepción de haber sufrido conductas violentas y no se reconocían en ninguna de las situaciones propuestas por el cuestionario.

3.2.15: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

De las 134 mujeres entrevistadas “tan solo” 29 señalaban haber sufrido una o varias de las situaciones propuestas. De ellas 18 se habían “sentido insultada o le han hecho sentirse mal con usted misma en privado, o le han menospreciado o humillado delante de otras personas”, o 14 de ellas se habían “sentido asustada o le han intimidado a propósito (por ejemplo gritándole, rompiendo cosas, golpeando paredes o mirándola de determinada forma)” y en 12 ocasiones fue mencionado el hecho de “sentir que en ocasiones han controlado la manera en la que Ud. gasta el dinero”

3.2.14: Situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

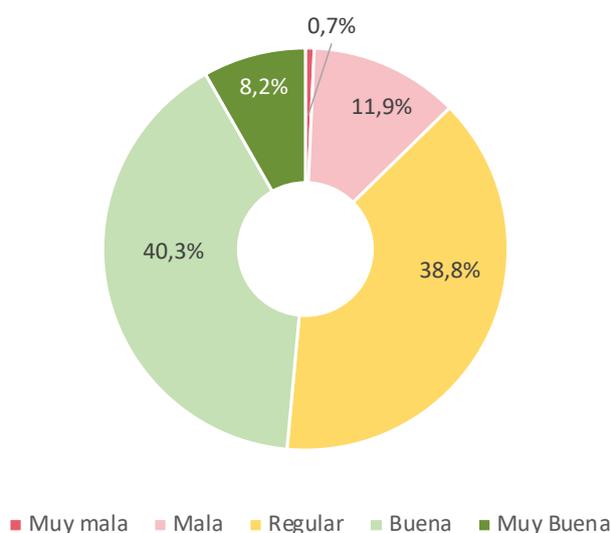
Para poder trabajar con esta variable en futuros cruces se hizo una transformación en categorías de alto, medio y bajo nivel de violencias.

Un 21,7% de las entrevistadas se sentía reconocida en alguna de las afirmaciones propuestas. Aquellas que mencionaban solo una afirmación se les atribuye un bajo nivel de violencia (7,5%), aquellas que se reconocían en al menos dos de ellas se les atribuye un nivel medio de violencia (7,5%) y a partir de tres o más afirmaciones señaladas el nivel de violencia es considerado alto (6,7%). Es importante reseñar entonces que el nivel de violencia que muestra el gráfico a continuación está relacionado con el número de situaciones de violencia sufridas y no con el grado de violencia de cada una de las situaciones propuestas.

Los siguientes gráficos tratan de mostrar un acercamiento a la autopercepción del estado de salud de las mujeres entrevistadas, así como a su nivel de independencia y grado de autonomía actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Teniendo en cuenta la edad media de las mujeres entrevistadas, llama la atención el hecho de que un 48,5% de las mujeres entrevistadas considera su salud como buena o muy buena lo que supone un porcentaje mayor que en la muestra general (44,9%), con lo que se podría inferir que las mujeres tienen una autopercepción de su salud ligeramente mejor que los varones entrevistados.

3.2.16: Autopercepción de la salud física de las mujeres entrevistadas

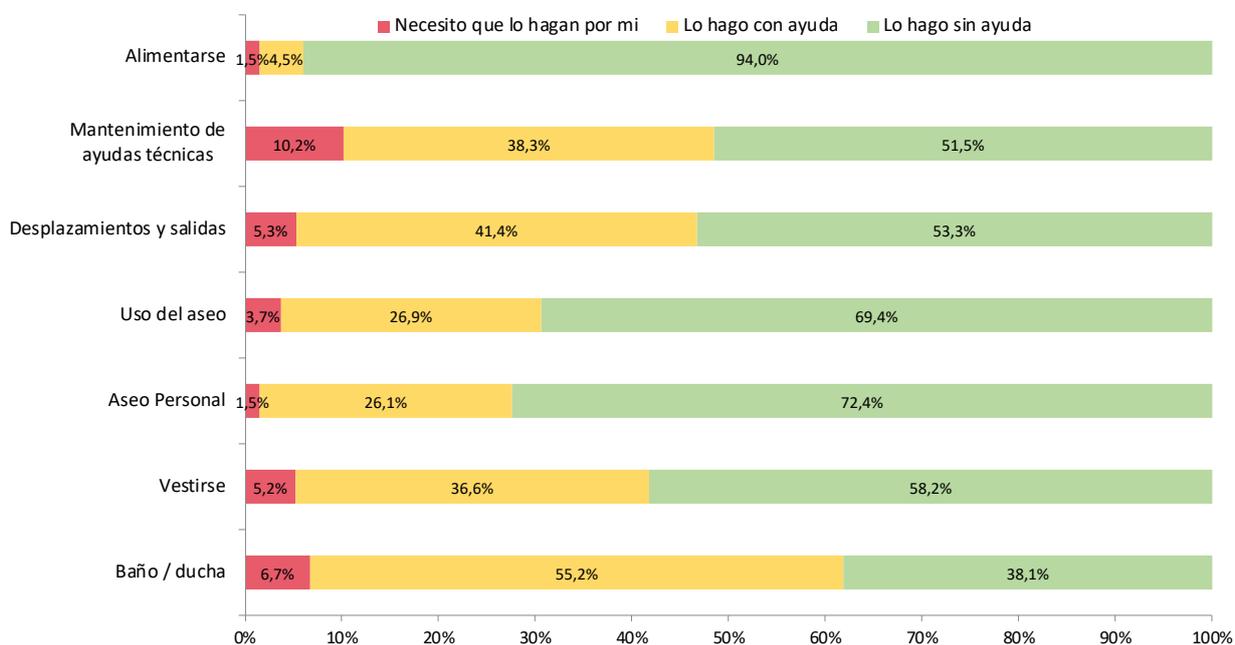


Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=134

En lo referente al grado de autonomía de las mujeres entrevistadas en este diagnóstico, resultados mostrados en los siguientes gráficos, es ligeramente menor que el expresado en los datos de la muestra general. Los porcentajes de las tareas que realizan sin ayuda son más bajos siempre en el caso de las mujeres y aumentan por ejemplo las que necesitan la intervención de terceras personas que realicen el mantenimiento de ayudas técnicas o el baño y la ducha en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

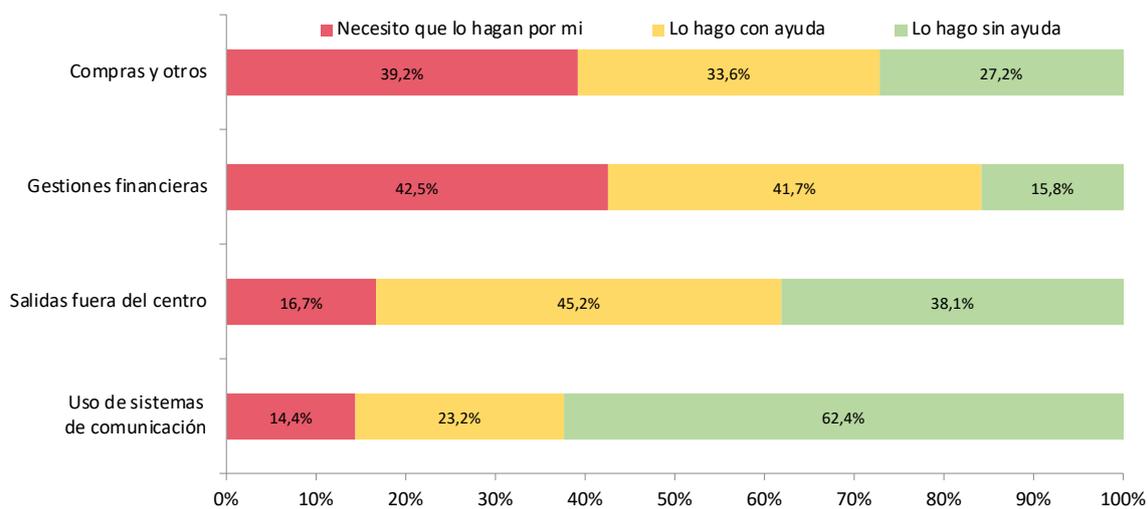
En las actividades instrumentales de la vida diaria el gap es todavía mayor, rozando la mitad de la muestra (42,5%) las mujeres que necesitan que las gestiones financieras las realice una tercera persona, categoría en la que sólo un 15,8% de la muestra dice hacerlas sin ayuda. Sería interesante profundizar en el conocimiento de si esta distancia con las cuestiones financieras en particular y con la autonomía en general tiene que ver con la edad exclusivamente o con el papel que las mujeres de la época han desempeñado en la sociedad que les ha tocado vivir.

3.2.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las mujeres entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=134

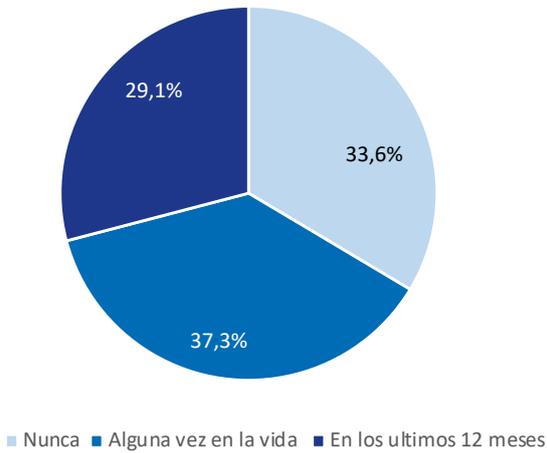
3.2.18: Autopercepción del grado de autonomía con el que las mujeres entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria



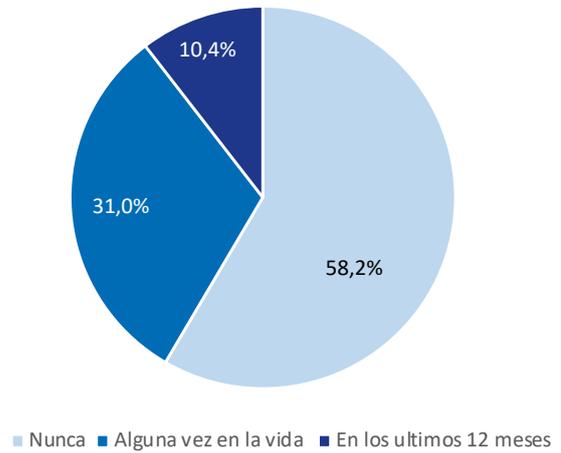
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=134

Analizando los datos de las mujeres entrevistadas en lo que se refiere al consumo de sustancias legales existen numerosas diferencias comparados con los datos de la muestra general.

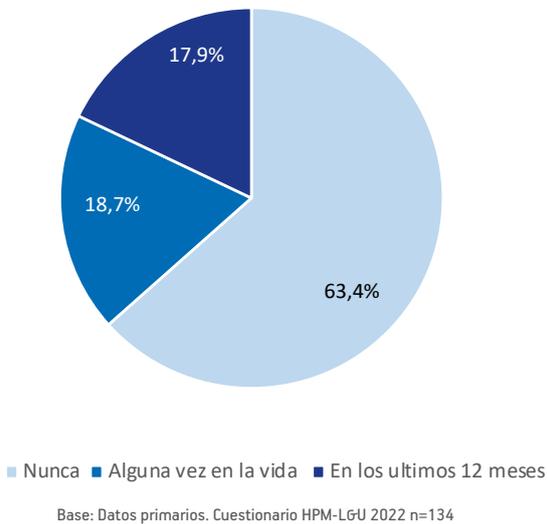
3.2.19: Consumo de alcohol 1 (tipo vino, cerveza, sidra, ...) de las mujeres entrevistadas



3.2.20: Consumo de alcohol 2 (tipo combinados, cubatas, ...) de las mujeres entrevistadas



3.2.21: Consumo de tabaco de las mujeres entrevistadas



3.2.22: Consumo de café de las mujeres entrevistadas



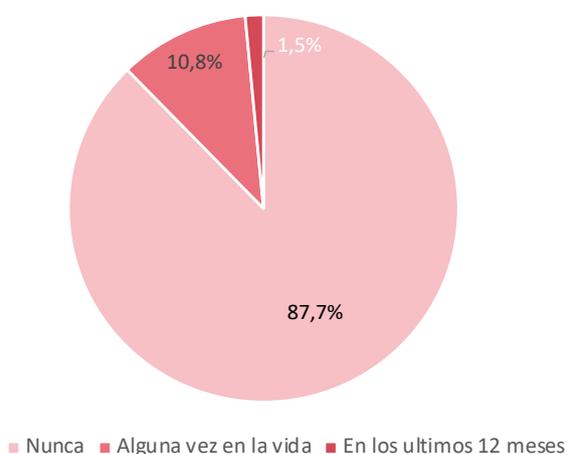
Sobre el consumo de vino y cerveza, aumenta sustancialmente el porcentaje de mujeres que nunca han consumido estas bebidas. A su vez disminuye el porcentaje de las personas que han tomado estas bebidas en el último año, que en la muestra general era de 37,8% y entre las mujeres es de 29,1%.

Al respecto de alcoholes más fuertes como los combinados cabe destacar que más de la mitad de la muestra de las mujeres (58,2%) declara nunca haber consumido este tipo de bebidas, frente al 43,5% que se situaba en esta categoría en la muestra general. Solo 1 de cada 10 mujeres entrevistadas ha consumido este tipo de bebidas en los últimos 12 meses.

Un 63,4% de las mujeres entrevistadas nunca ha fumado, esto supone 20 puntos porcentuales más que la muestra general. Sin embargo fumar todavía es una realidad en los últimos 12 meses para el 17,9% de las mujeres entrevistadas, frente al 30,9% del total de personas entrevistadas que recogía la muestra general. La mayor similitud se da en lo que se refiere al consumo de café. El consumo en los últimos 12 meses es similarmente intenso en ambas muestras. Solo se aprecia cierta diferencia entre las mujeres que nunca han consumido esta infusión 9%, frente al 6,3% que aglutinaba esta categoría en la muestra general.

En cuanto al consumo de sustancias ilegales los porcentajes de consumo vigente (en el último año) entre las mujeres entrevistadas son residuales, un 1,5% de las mujeres entrevistadas había consumido hachís y/o marihuana en los últimos 12 meses, y un 3% de las entrevistadas lo había hecho con la cocaína.

3.2.23: Consumo de cannabis, marihuana o hachís de las mujeres entrevistadas



3.2.24: Consumo de cocaína de las mujeres entrevistadas



3.2.25: Consumo de éxtasis u otras drogas de síntesis de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=132

3.2.26: Consumo de anfetaminas o speed de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=133

3.2.27: Consumo de heroína de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=132

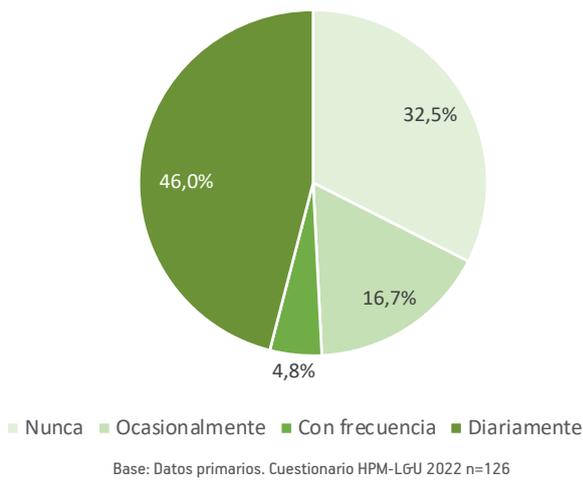
En los datos de la muestra general un 23,8% de las personas entrevistadas habían tenido algún tipo de contacto con el cannabis o la marihuana, y en el caso de la muestra de mujeres este porcentaje disminuye hasta el 12,3%.

Del mismo modo en los datos de la muestra general un 15,8% de las personas entrevistadas habían tenido algún tipo de contacto con la cocaína y en el caso de la muestra de mujeres este porcentaje cae hasta el 6,8% de las entrevistadas.

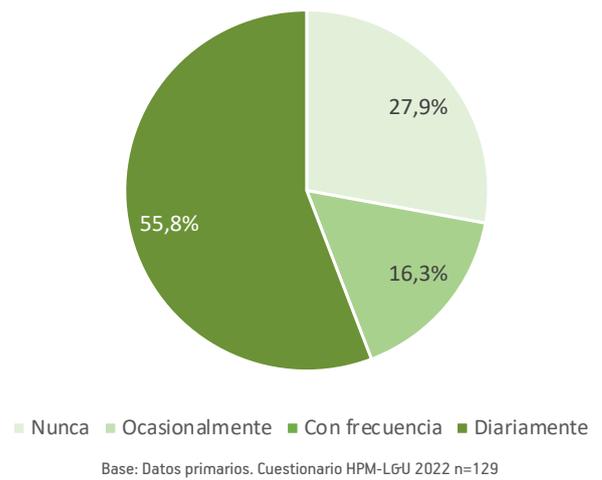
Esta misma lógica es todavía más evidente en el resto de las sustancias. En los datos de la muestra general un 7,7% de las personas entrevistadas habían tenido algún tipo de contacto con éxtasis u otras drogas de síntesis, en el caso de las mujeres entrevistadas este porcentaje es de apenas un 0,8%. En el caso de las anfetaminas/speed la muestra general recogía un 10% de personas que habían tenido algún tipo de contacto, frente a solo un 3% de las mujeres entrevistadas. En el caso de la heroína, en la muestra general un 12,2% reconocía haber tenido algún tipo de contacto con esta sustancia, frente al 2,3% de las mujeres entrevistadas.

Las mujeres entrevistadas fueron preguntadas sobre la frecuencia con la que recurrían a tomar fármacos para el estado de ánimo en general. Un 46% reconoció hacer uso de este tipo de fármacos diariamente, frente al 41,7% que aglutinaba esta categoría en el total de la muestra. Aquellas mujeres que nunca habían hecho uso de este tipo de fármacos suponen el 32,5% de las entrevistadas, frente al 37% de la muestra general.

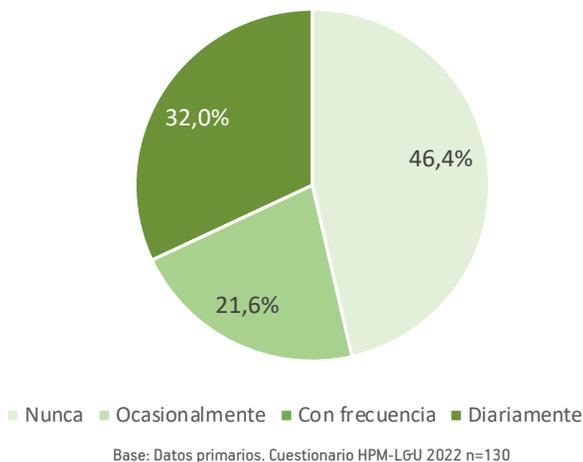
3.2.28: Frecuencia con la que las mujeres entrevistadas consumen algún medicamento para el estado de ánimo



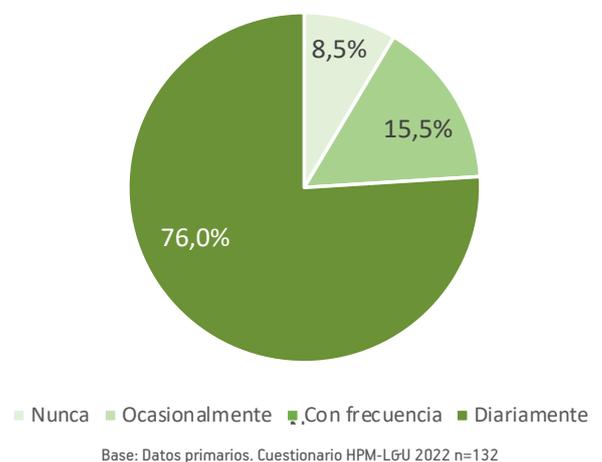
3.2.29: Consumo de ansiolíticos de las mujeres entrevistadas



3.2.30: Consumo de antidepresivos de las mujeres entrevistadas



3.2.31: Consumo de analgésicos de las mujeres entrevistadas



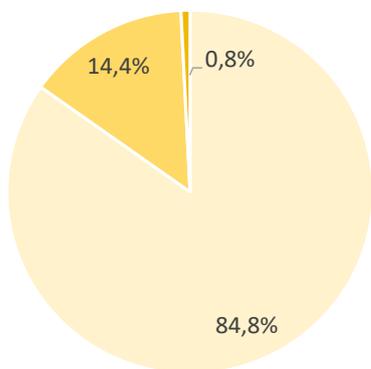
También cabe destacar que son menos las mujeres (27,9%) que nunca han recurrido a tomar ansiolíticos, frente al 33% recogido en la muestra general. En el otro extremo es mayor el porcentaje de las mujeres que toman este tipo de fármacos en el último año (55,8%) frente a la misma categoría en los datos de la muestra general (52,6%).

Sobre el consumo de antidepresivos se reducen las diferencias y los datos específicos de mujeres entrevistadas apenas muestran diferencia con los de la muestra general. Prácticamente la mitad de la muestra nunca ha hecho uso de este tipo de fármacos, pero más de un 30% de las personas entrevistadas lo ha tomado en los últimos 12 meses.

Nuevamente el consumo más extendido es el que tiene que ver con el grupo de los analgésicos, cuyo consumo es mayor entre las mujeres entrevistadas 76%, frente al 73% de esta categoría en la muestra general.

Sobre los comportamientos con riesgo de adicción pero sin consumo de sustancias cabe en este punto realizar un análisis sobre las actitudes relacionadas con el juego. Un 92,5% de las mujeres entrevistadas señala que no ha jugado/apostado con dinero en los últimos 12 meses, esta categoría en la muestra general disminuye hasta el 87,7%. Lo que supone que apenas un 7,5% de las mujeres entrevistadas tuvo este tipo de comportamiento en los últimos 12 meses.

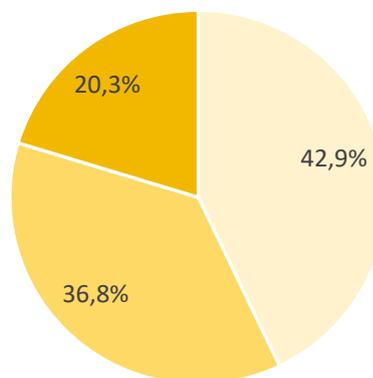
3.2.32: Frecuencia de juego a máquinas tragaperras de las mujeres entrevistadas



■ Nunca ■ Alguna vez en la vida ■ En los últimos 12 meses

Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=132

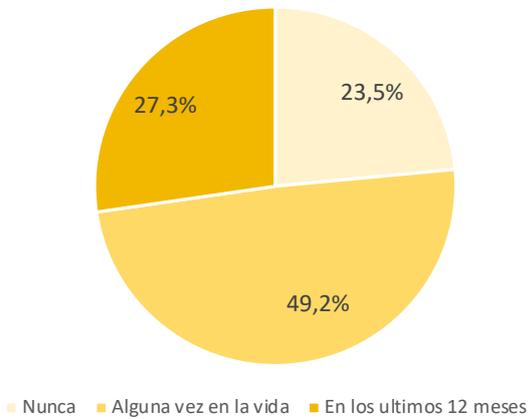
3.2.33: Frecuencia de juego al bingo de las mujeres entrevistadas



■ Nunca ■ Alguna vez en la vida ■ En los últimos 12 meses

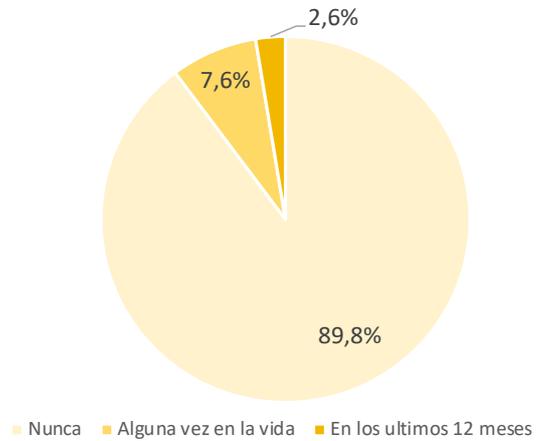
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=133

3.2.34: Frecuencia de juego a la lotería/ quiniela o algún otro tipo de juego de las mujeres entrevistadas



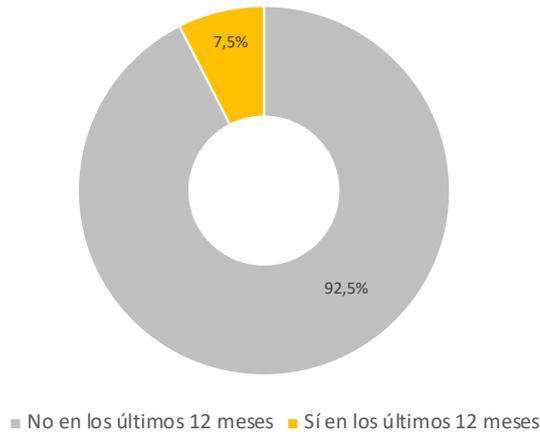
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=132

3.2.35: Frecuencia de juego a apuestas deportivas o similares de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=118

3.2.36: Juego y/o apuestas con dinero en los últimos 12 meses de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=133

Las máquinas tragaperras que se encuentran frecuentemente en los bares suponen una realidad residual para las mujeres entrevistadas en este diagnóstico. A penas un 0,8% había hecho uso de estas máquinas en el último año, frente al 5,4% de esta categoría en la muestra general. De hecho las mujeres que nunca han hecho uso de este tipo de entretenimiento suponen el 84,8% del total de las mujeres entrevistadas, frente al 67,5% de la muestra general.

En lo que se refiere al bingo a penas se aprecian diferencias con la muestra general. Esta similitud se extiende también a los datos relacionados con loterías

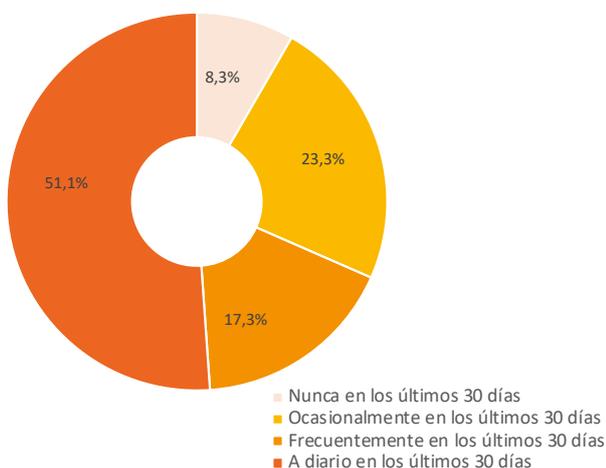
Los siguientes gráficos hacen referencia al uso que las mujeres entrevistadas realizan de las pantallas como medio de entretenimiento.

El uso de la televisión también es generalizando entre las mujeres, un 51,1% de las entrevistadas afirman hacer uso de la televisión a diario en los últimos 30 días. El porcentaje de las mujeres que nunca utilizan la televisión es de 8,5% ligeramente superior a los datos de la muestra general.

En lo que se refiere al uso de las redes sociales los datos de las mujeres entrevistadas apenas revelan diferencia con los datos de la muestra general. Se observa que para el 70% de las mujeres entrevistadas las redes sociales no son una realidad incorporada en su vida diaria. Entre el 30% restante de personas entrevistadas se registra un leve decremento del porcentaje de mujeres que declara utilizar estos canales de comunicación a diario.

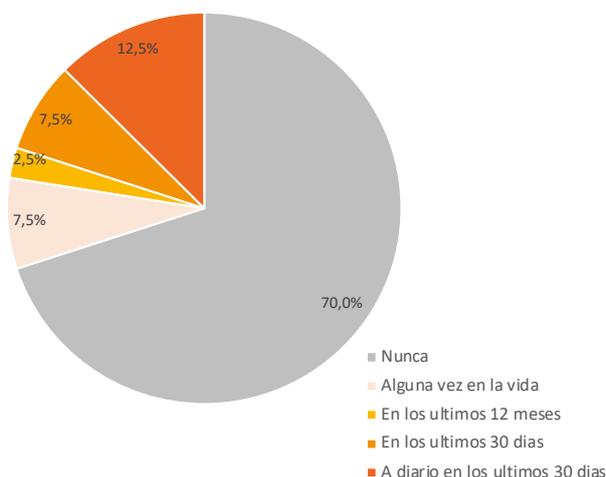
Si se observa una ligera disminución en el porcentaje de mujeres que han utilizado aplicaciones de contactos/compañía/eróticas que entre la muestra general suponía un 5,9% y en el caso específico de las mujeres apenas alcanza el 1,7%.

3.2.37: Frecuencia de uso de la televisión de las mujeres entrevistadas



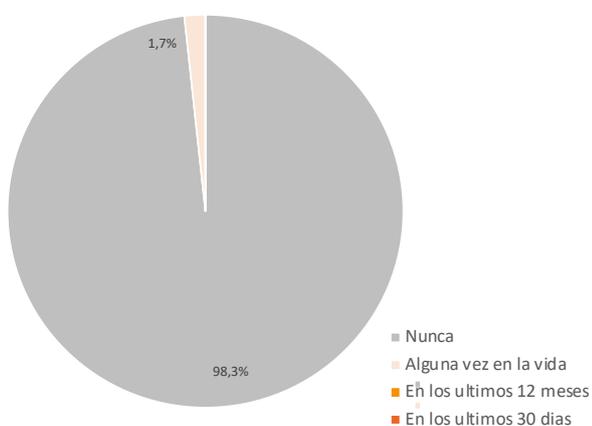
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=133

3.2.38: Frecuencia de uso de las redes sociales de las mujeres entrevistadas



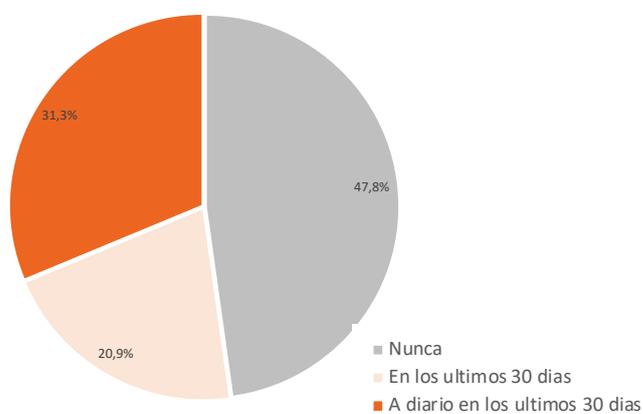
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=120

3.2.39: Frecuencia de uso de aplicaciones de contactos/compañía/eróticas de las mujeres entrevistadas



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=118

3.2.40: Frecuencia de uso de otros dispositivos con pantallas con los que las mujeres entrevistadas se entretienen, pasan un rato de ocio o se comunican



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=115

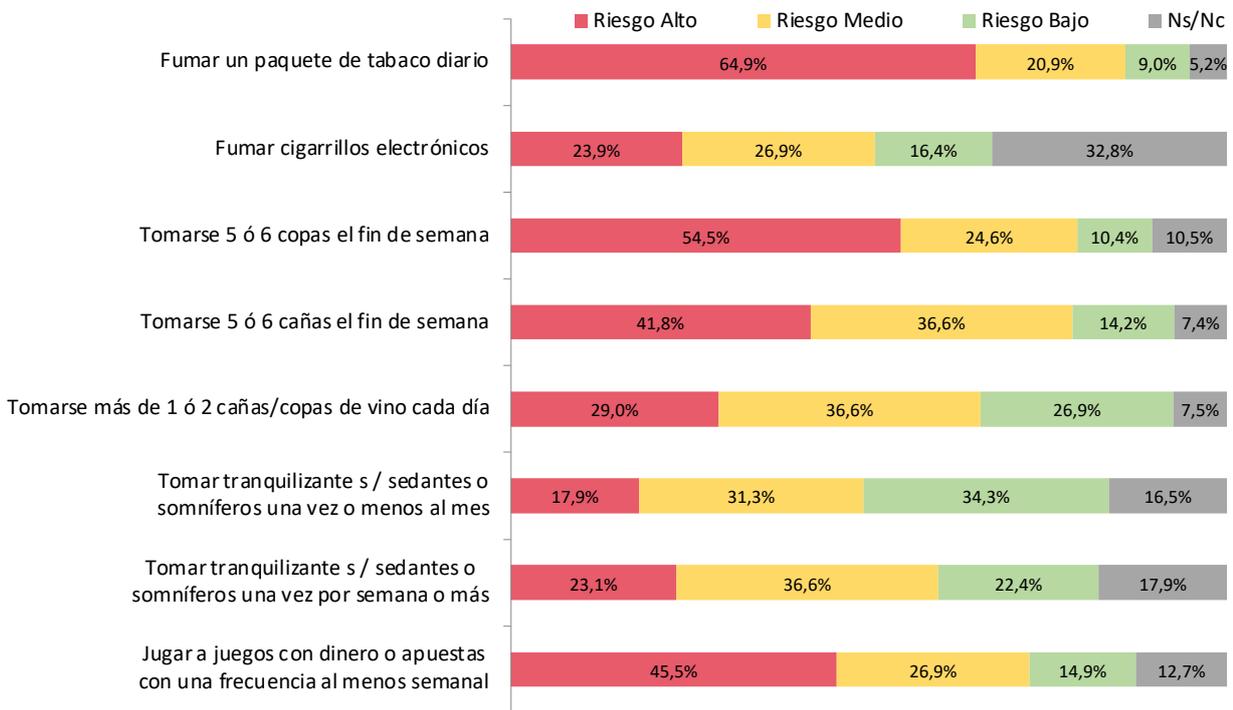
En definitiva, cuando las mujeres entrevistadas fueron cuestionadas al respecto de la frecuencia con la que utilizan otros dispositivos con pantallas para entretenerse, pasar un rato de ocio o comunicarse un 52,2% reconocen utilizar dispositivos con pantalla para entretenerse, y un 31,3% del total reconoce utilizarlos a diario.

Para completar las variables tenidas en cuenta por el diagnostico, se realizó a las mujeres entrevistadas una pregunta sobre la percepción del riesgo que ellas mismas tenían con respecto a algunas de las adicciones mencionadas a lo largo del cuestionario.

Los datos muestran 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 al menos semanal son las actitudes que más riesgo entrañan para las personas entrevistadas. De ello se deriva la extendida concienciación sobre el carácter nocivo del tabaco, más acusada en el grupo de las mujeres, pues el porcentaje rojo de alto riesgo es mayor que en la muestra general.

Las mujeres entrevistadas también encuentran que supone un riesgo bajo el contacto con tranquilizantes/sedantes/somníferos, que a su vez es uno de los consumos con más incidencia en la población objeto de estudio como se ha visto anteriormente.

3.2.41: Autopercepción de conductas de riesgo por las mujeres entrevistadas



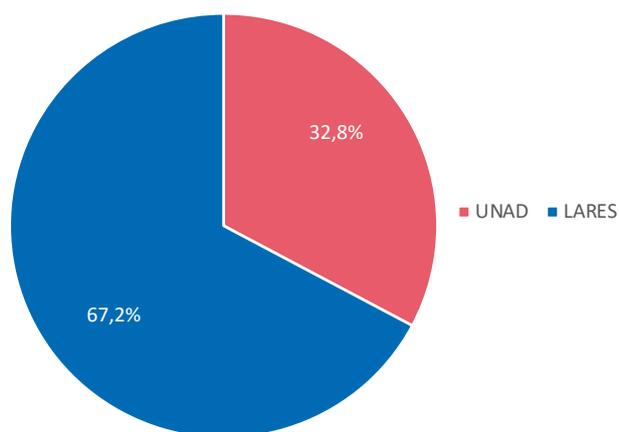
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=134

A continuación, se analizarán las variables sociodemográficas filtradas por cada una de las actitudes relacionadas con posibles adicciones identificadas en el cuestionario.

SUSTANCIAS LEGALES

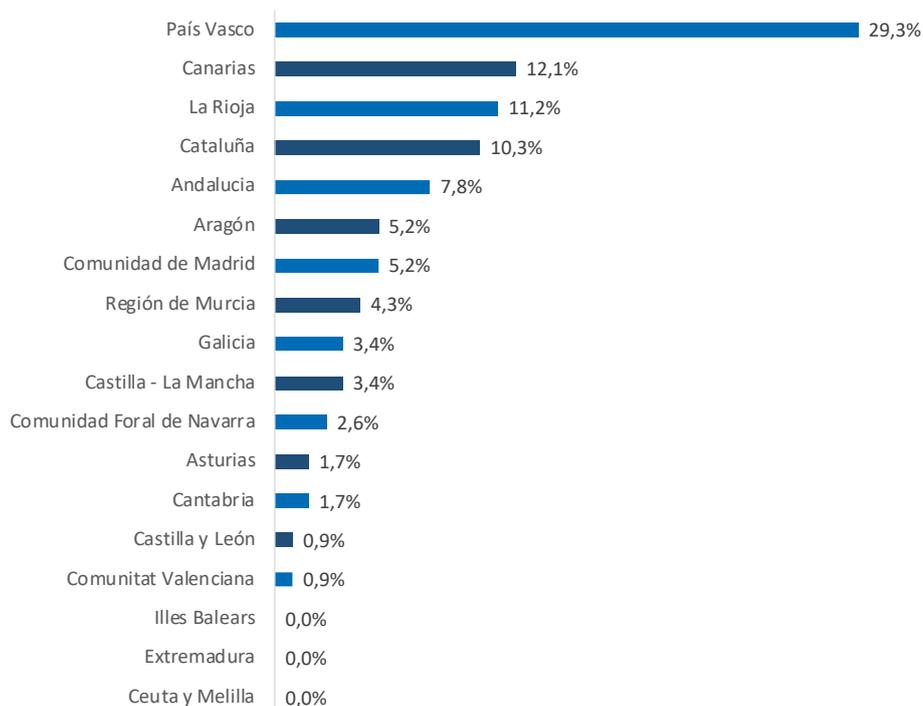
Las personas entrevistadas que consumieron alcohol y/o tabaco en los últimos 12 meses (n=116) forman el subgrupo de sustancias legales y a continuación se analiza específicamente su perfil sociodemográfico con una edad media de 74,8 años en relación con los datos de la muestra general.

3.3.1: Entidad de los recursos/centros de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



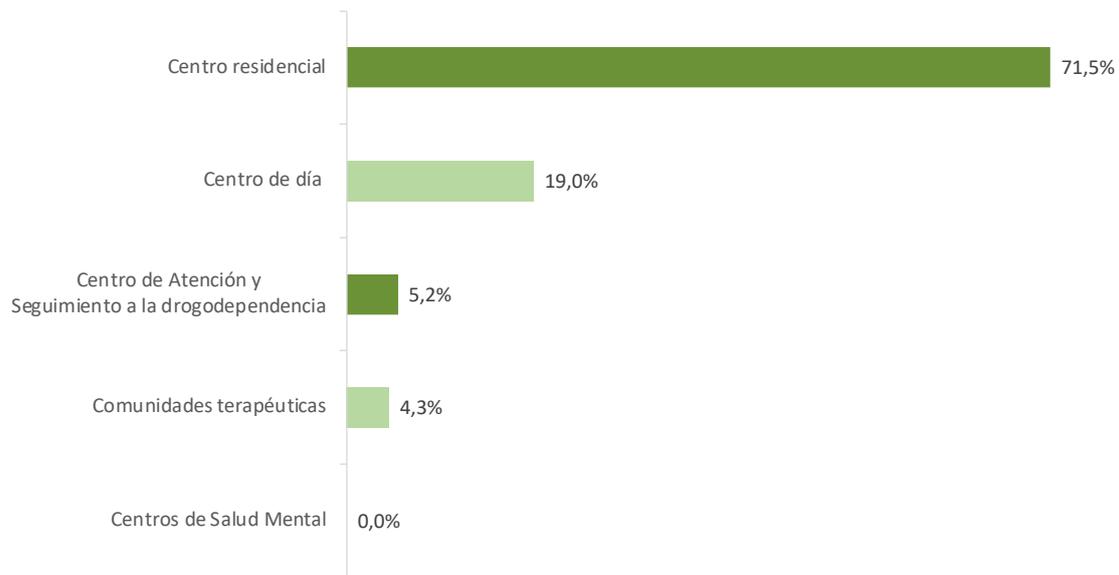
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.2: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



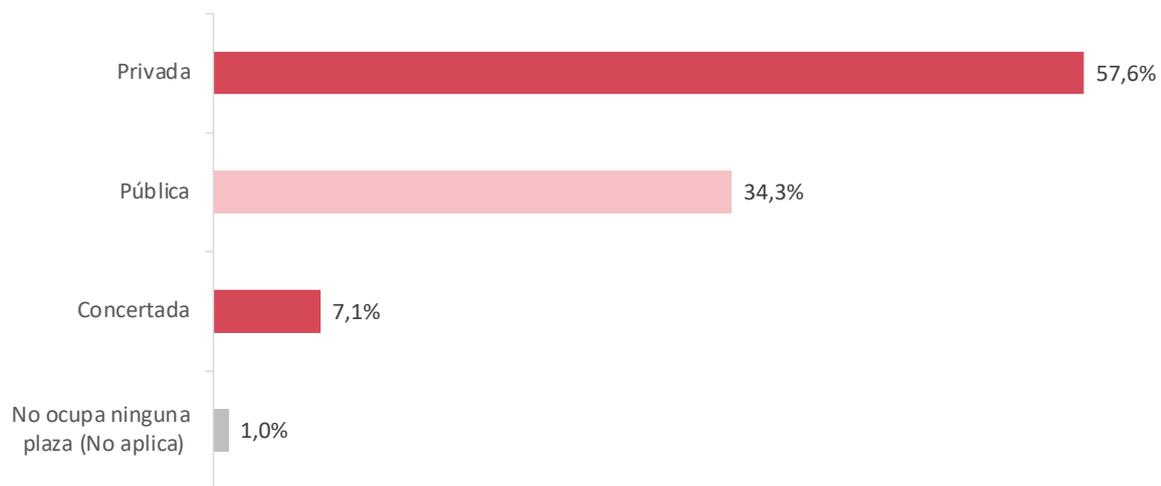
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.3: Tipo de Centro de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.4: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro. Subgrupo sustancias legales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

Aumenta el peso porcentual de las personas entrevistadas en los recursos de UNAD cuando se estudia específicamente los datos de personas consumidoras de alcohol y/o tabaco. Así pues, del total de 116 personas que reconocen haber bebido alcohol y/o fumado en el último año, el 32,8% son usuarios de los recursos de UNAD, y el 67,2% proceden de residencias LARES. Mientras que en la muestra general los residentes en centros LARES suponían el 80% y aquellos procedente de UNAD a penas el 20%.

La procedencia por comunidades autónomas, de las personas participantes en el estudio, igualmente cambia su peso porcentual con respecto a la muestra general. Ahora el País Vasco aparece como la autonomía más representada entre las personas consumidoras de alcohol y/o tabaco seguida de Canarias, La Rioja y Cataluña entre las regiones más mencionadas.

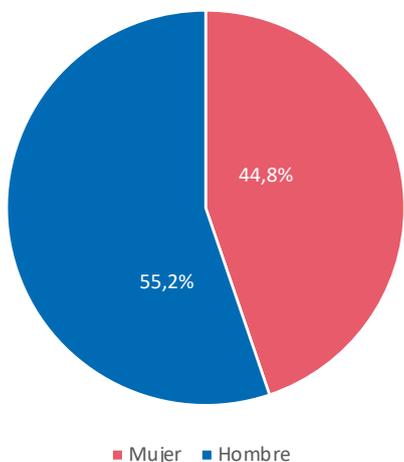
Derivado de dicho decalaje entre las personas entrevistadas en UNAD (32,8%) y en LARES (67,2%) en la variable tipo de centro, el centro residencial continúa siendo la categoría mayoritaria con mucho margen (71,5%), aunque registra cierto decremento de la misma categoría en la muestra general (83,3%). Sin embargo, el resto de los tipos de centro aumentan su porcentaje, y en consecuencia otras realidades que no son los centros residenciales cobran más importancia entre las personas entrevistadas que han consumido alcohol y/o tabaco en los últimos 12 meses.

En los datos referentes al carácter de la plaza que las personas entrevistadas ocupan en los centros cabe destacar el decremento del porcentaje referente a las plazas concertadas (7,1% frente a 12,3% de los datos de la muestra general) entre las personas que reconocen haber consumido alcohol y/o tabaco en el último año. A cambio, dentro de esta realidad específica de las personas que han hecho uso de sustancias legales en los últimos 12 meses, aumentan tanto aquellas que ocupan plazas públicas (34,3%) como privadas (57,6%).

Los siguientes gráficos se ocupan de acotar el perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas que reconocían haber consumido estas sustancias en los últimos 12 meses.

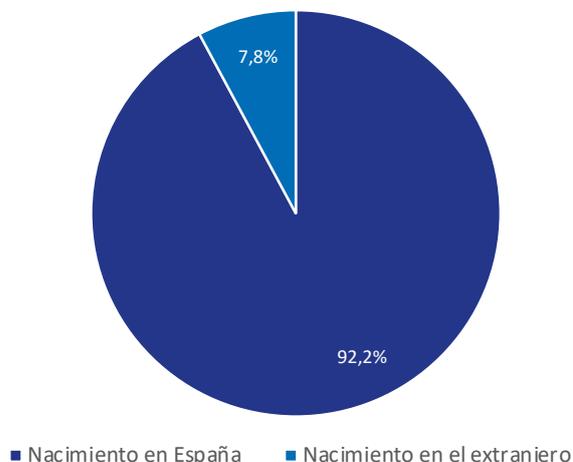
Llama la atención, que si en la muestra general se destacaba el mayor porcentaje de mujeres entrevistadas (60,1%) cuando se enfoca en este colectivo en particular los hombres se convierten en la mayoría de entrevistados (55,2%) y las mujeres pasan a ocupar un 44,8%. Lo que convierte a la muestra de personas consumidoras de sustancias legales en una muestra más equilibrada en términos de la relación entre sexos.

3.3.5: Sexo de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



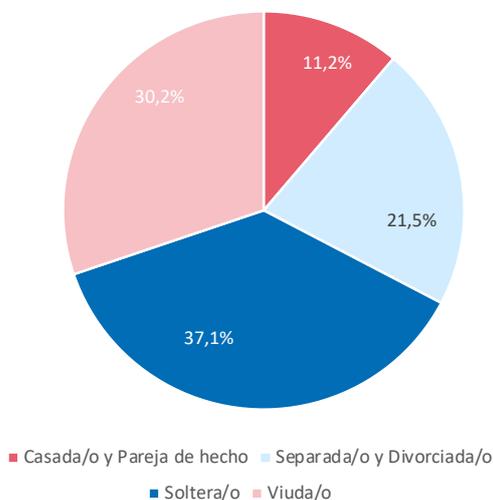
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



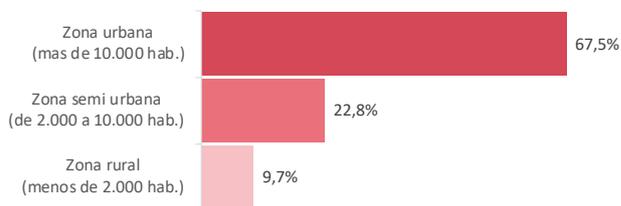
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.7: Estado civil de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.8: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

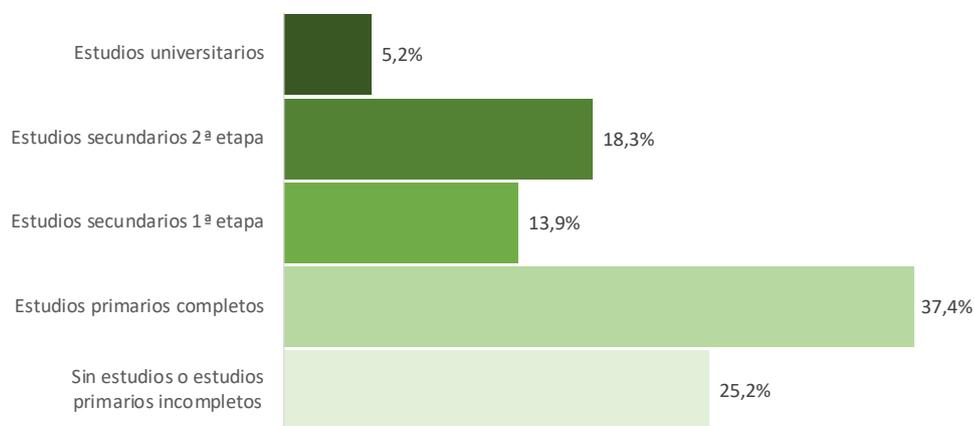
Con respecto al origen de las personas entrevistadas, la presencia de personas extranjeras sigue siendo pequeña y poco representativa. A pesar de lo cual en el caso específico de las personas que consumen sustancias legales el porcentaje es ligeramente más elevado que en el caso de la muestra general.

Según se desprende de los datos del gráfico del tipo de la zona de residencia, la mayoría de las personas que reconocen haber consumido alcohol y/o tabaco en los últimos 12 meses han residido la mayor parte de su vida en zonas urbanas. En cambio se observa una importante reducción de los casos comprendidos en zonas rurales 9,7%, mientras que en la muestra general suponían un 25,5% de las personas entrevistadas.

Para terminar con los datos del perfil demográfico de las personas entrevistadas que, específicamente señalaron consumir sustancias legales en los últimos meses se aborda la variable del estado civil. En ella destaca como categoría mayoritaria el de las personas solteras (37,1%), seguido por el de las personas viudas (30,2%) que suponía la categoría mayoritaria en la muestra general. También es relevante el porcentaje de las personas separadas o divorciadas que suponen prácticamente un cuarto de la muestra (21,6%).

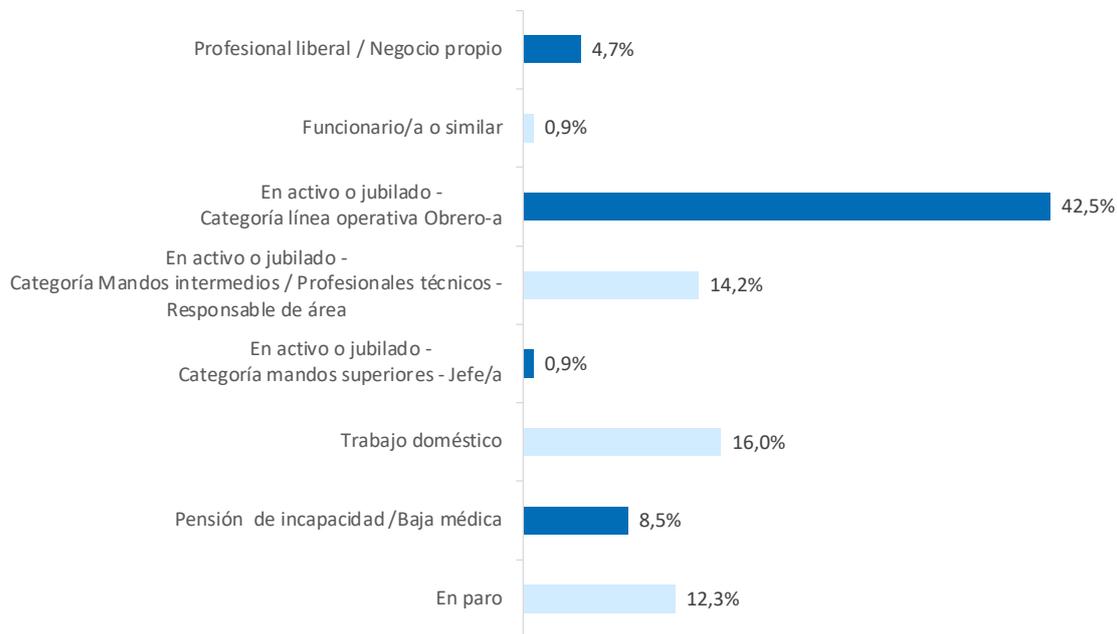
Entre las personas entrevistadas que reconocen fumar y/o beber alcohol en los últimos meses, como en la muestra general, son mayoría los que tienen estudios primarios completos, pero se reducen drásticamente en diez puntos porcentuales aquellos que no tienen estudios o tienen los primarios incompletos. En el resto de los niveles de estudio alcanzados las variaciones son menos relevantes, con un leve aumento de las categorías superiores.

3.3.9: Nivel de estudios de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



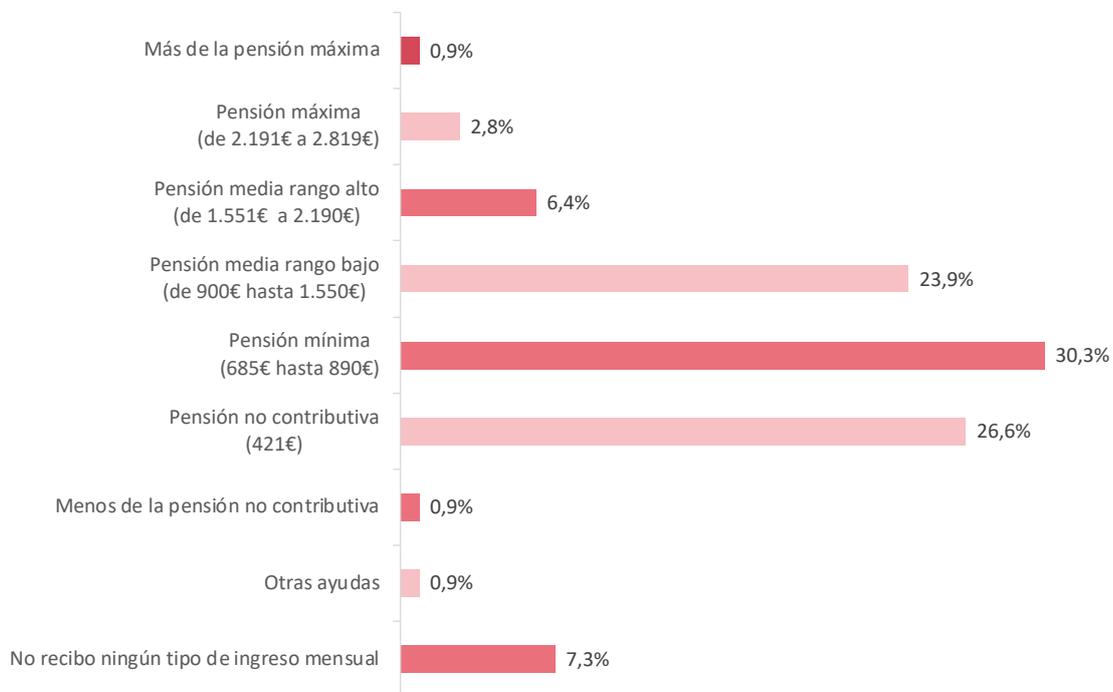
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.10: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.11: Situación económica de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



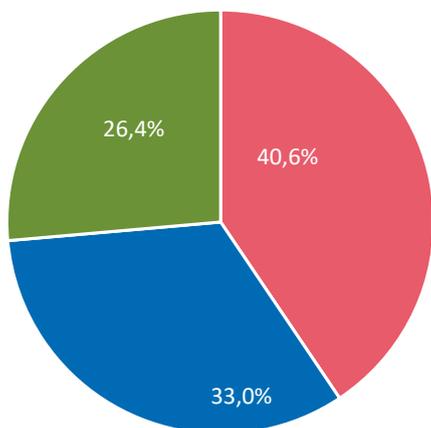
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=116

En lo referente a la situación laboral desempeñada en los últimos 5 años la categoría mayoritaria de este subgrupo de personas consumidoras de sustancias legales, respondía a los trabajos de línea operativa o baja cualificación (42,5%). Llama la atención que en la muestra general las mujeres entrevistadas que hacían tareas relacionadas con los cuidados y el trabajo doméstico suponían la segunda categoría (25,2%) pero cuando enfocamos esa categoría entre el subgrupo de personas que consumen sustancias legales se percibe una reducción de nueve puntos porcentuales (16%). Por otra parte, también es reseñable que el peso porcentual de las personas en paro se duplica (12,3%) cuando en la muestra general apenas afectaba al 6,2% de las personas entrevistadas.

Sobre los datos de la situación económica el equilibrio de las categorías se mantiene, pero se observa un ligero incremento de las personas con más poder adquisitivo entre las personas que reconocen ser consumidoras de alcohol y/o tabaco en los últimos meses, y por ende un ligero decremento de los porcentajes de las rentas más bajas. Además llama la atención el dato de aquellas personas que “no reciben ningún tipo de ingreso mensual” que se incrementa del 4,3% en los datos de la muestra general a 7,3% en la muestra específica de personas consumidoras de sustancias legales.

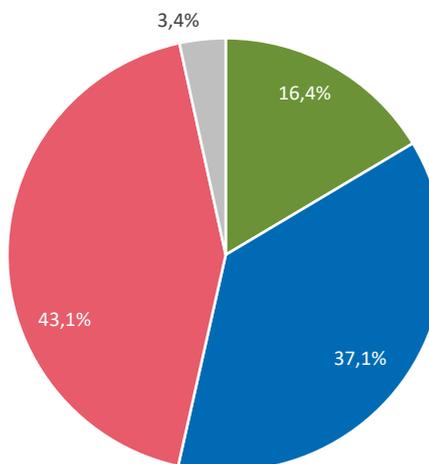
Entre las personas que habían consumido alcohol y/o tabaco en los últimos meses el nivel de actividad social, cultural y de ocio es mayor que en los datos de la muestra general. En este subgrupo aumenta las personas entrevistadas con alto y medio nivel de este tipo de actividades, consecuentemente el porcentaje de bajo nivel, que continúa siendo la categoría mayoritaria es menor que en los datos de la muestra general.

3.3.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo sustancias legales.



- Bajo nivel de actividad social, cultural y de ocio
- Medio nivel de actividad social, cultural y de ocio
- Alto nivel de actividad social, cultural y de ocio

3.3.13: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo sustancias legales.



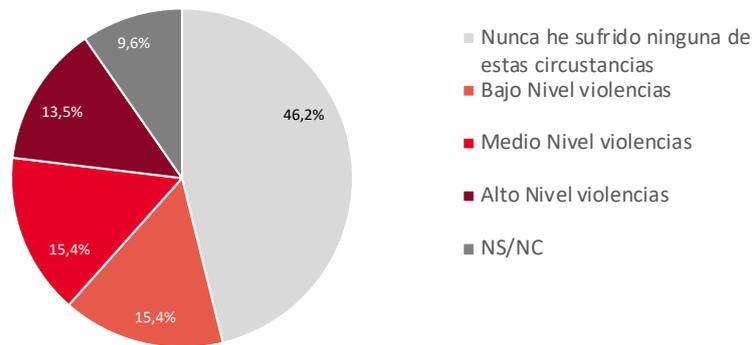
- Alto Nivel contacto social
- Medio Nivel contacto social
- Bajo Nivel contacto social
- Nadie / No tengo contactos

Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

La misma tendencia se observa en los datos del nivel de contacto social. Las personas entrevistadas consumidoras de sustancias legales tienen mayor contacto social, aumentando aquellos de alto y medio nivel y disminuyendo los de bajo nivel, aunque continúan siendo la categoría mayoritaria entre las personas entrevistadas.

Si en los datos de la muestra general un 73,9% de las mujeres entrevistadas relataba no haber sufrido ninguno de los tipos de violencias indicados, este porcentaje entre las mujeres que habían consumido alcohol y/o tabaco en los últimos 12 meses se reduce al 46,2%. De lo que se puede inferir que el nivel de violencias sufrido por las mujeres de este subgrupo es mayor que la incidencia de violencia en la muestra general.

3.3.14: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n= 52

De hecho según los cálculos realizados del total de mujeres entrevistadas para este diagnóstico n=134, el 21,6% de ellas relatan haber sufrido algún grado de violencia. Ese 21,6% supone n=29 mujeres, de las cuales n=23 son las que se reflejan en este gráfico con algún grado de violencia dentro de este subgrupo. Un 80% del total las mujeres entrevistadas para el diagnóstico que reconocen haber sufrido algún grado de violencia son consumidoras de alcohol y/o tabaco en el último año y por tanto pertenecen a este subgrupo.

3.3.15: Motivaciones para el consumo de alcohol de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

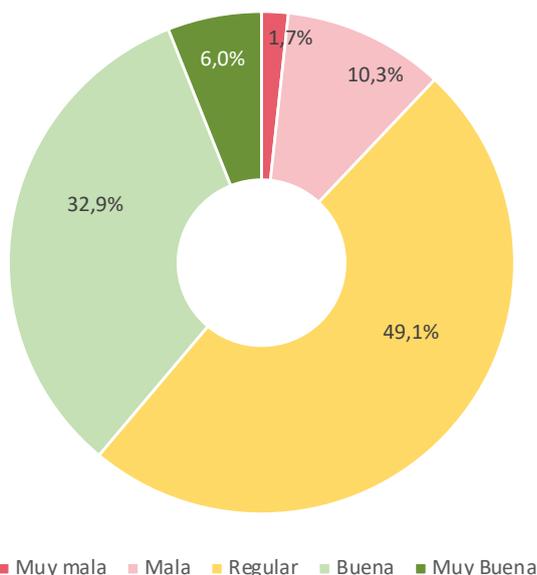


Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n= 116

Cuando las personas entrevistadas en este subgrupo fueron preguntadas sobre sus motivaciones para consumir bebidas alcohólicas en el último año la mayoría de las menciones (52) estaban relacionadas con el hecho de que les gusta beber. En segundo lugar de importancia destaca el hecho de que beber es divertido y anima fiestas y celebraciones. Y es también reseñable el número de menciones que tiene la categoría que se refiere a que les gusta cómo se sienten después de haber bebido.

En lo referente a la autopercepción del estado de salud física de las personas entrevistadas los datos reflejan pocas novedades. La categoría mayoritaria la integran aquellas personas que consideran que su salud es regular (49,1%) que son algo más que en la muestra general (43%). Igualmente las personas que consideran que su salud es buena o muy buena en la muestra general suponían el 44,9% de las personas entrevistadas, y ahora descienden al 38,9%. Ergo se podría inferir que la autopercepción de la salud entre las personas consumidoras de alcohol y/o tabaco es ligeramente peor que en la muestra general. También es digno de mención el hecho de que solo el 12% de las personas entrevistadas consideran que su salud era mala o muy mala, porcentaje que se mantiene con respecto a la muestra general.

3.3.16: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



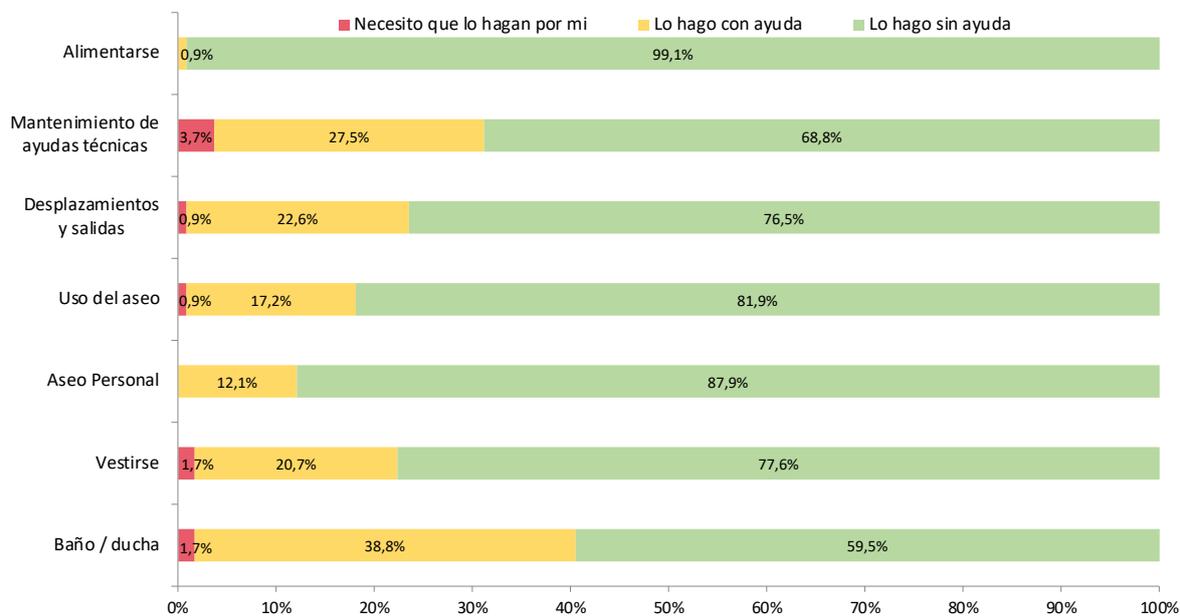
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

Sobre el nivel de autonomía de las personas entrevistadas que han consumido en el último año alcohol y/o tabaco los gráficos a continuación muestran un “semáforo” en cada una de las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.

Ambos gráficos reflejan un incremento del grado de autonomía de las personas entrevistadas en este subgrupo, frente a los datos de la muestra general. En todas las actividades el porcentaje verde de “lo hago sin ayuda” se incrementa de manera notable. Un buen ejemplo de este incremento del grado de autonomía son las actividades relacionadas con compras o gestiones financieras, que en la muestra general tenían un porcentaje de alrededor de un tercio de las personas entrevistadas que necesitaban que “lo hagan por mí”

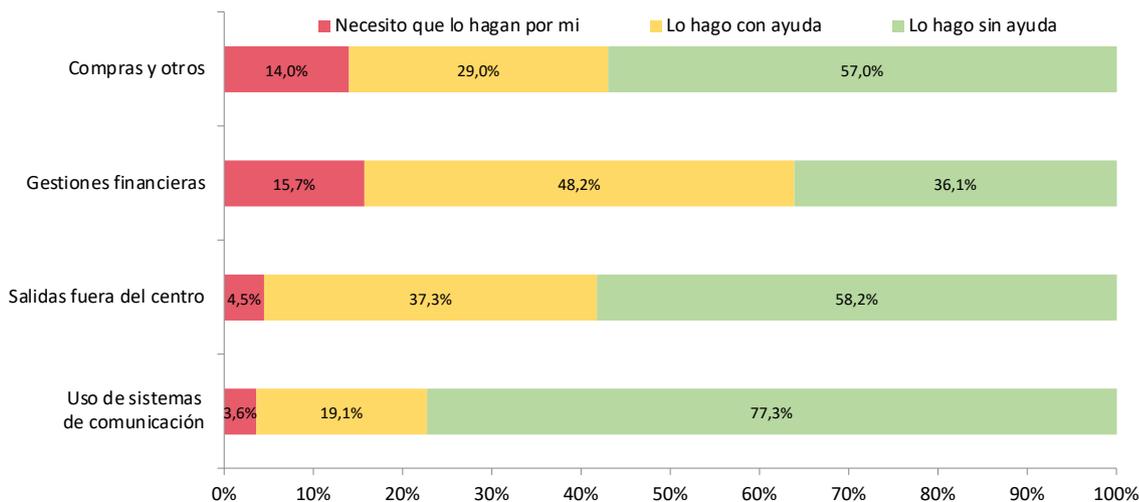
y en el subgrupo de las personas consumidoras de sustancias legales ese porcentaje cae al 14% y 15,7% respectivamente.

3.3.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria. Subgrupo sustancias legales.



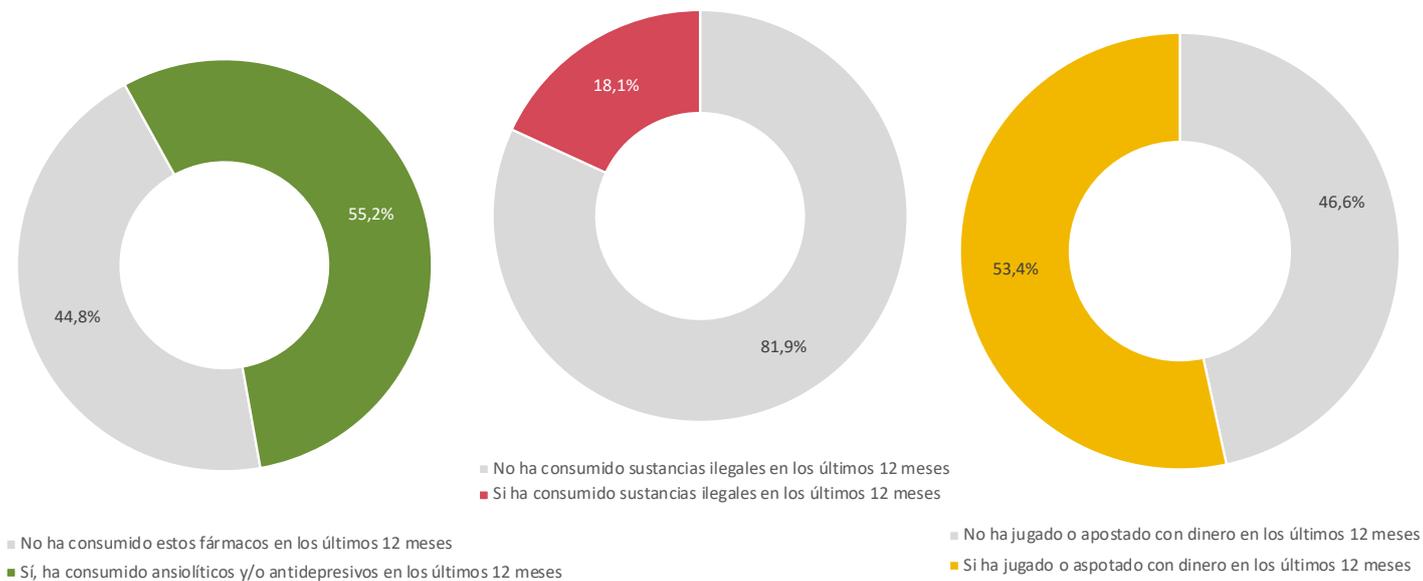
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

3.3.18: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Subgrupo sustancias legales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

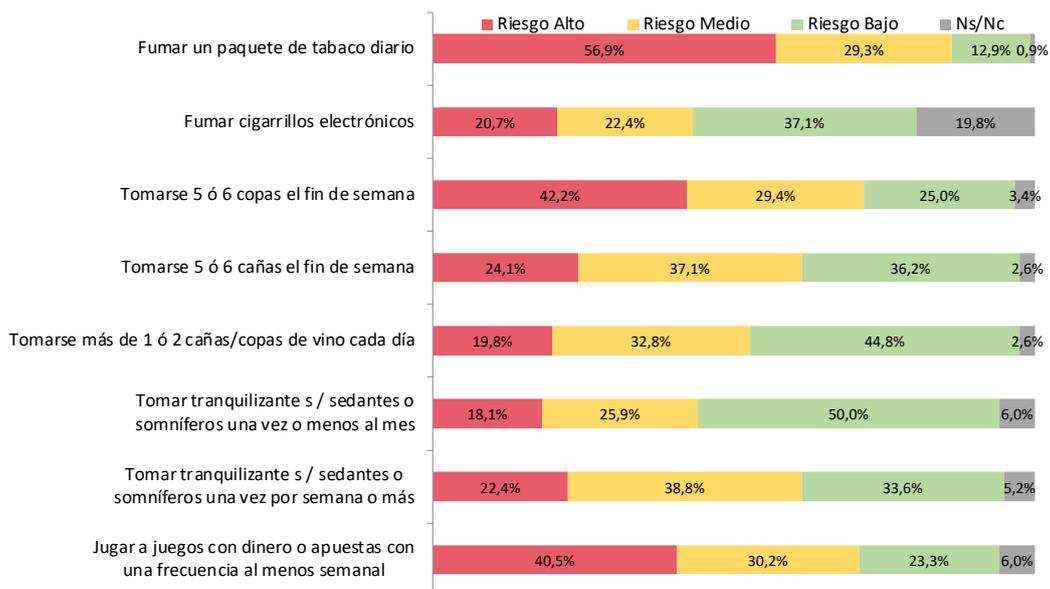
3.3.19: Policonsumo de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

En cuanto a otros consumos, los gráficos muestran que más de la mitad de las personas entrevistadas que reconocen consumir sustancias legales como alcohol y/o tabaco (55,2%) son también consumidoras de ansiolíticos y/o antidepresivos en el último año. Además la mitad de ellas también jugó o apostó con dinero (tragaperras, lotería, bingo y/o apuestas) en los últimos 12 meses. En cambio “solo” un 18,1% de las personas entrevistadas consumidoras de sustancias legales había consumido también algún tipo de sustancia ilegal en el último año.

3.3.20: Autopercepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.



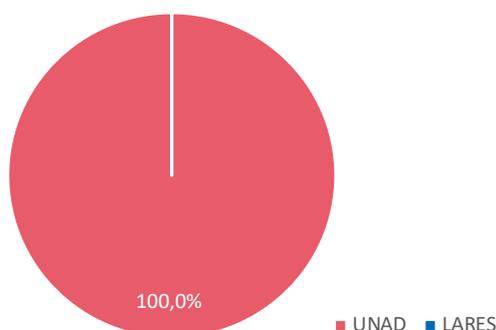
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 116

Sobre la percepción del riesgo de las personas entrevistadas pertenecientes al subgrupo de aquellas que reconocen consumir alcohol y/o tabaco también se aprecian resultados interesantes. Los porcentajes de riesgo alto se incrementan en todas las situaciones propuestas, lo que significa que dentro de este subgrupo consumidor de sustancias legales la percepción del riesgo es mayor que en la muestra general. El consumo de fármacos es donde menor diferencia se aprecia con la muestra general en la percepción del riesgo de las personas integrantes de este subgrupo.

SUSTANCIAS ILEGALES

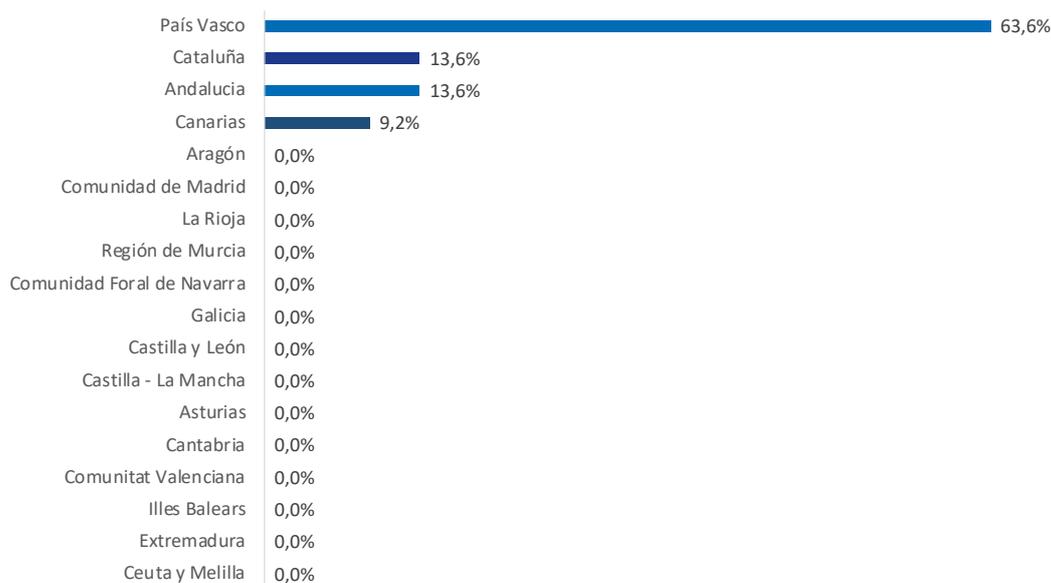
Las personas que reconocen haber consumido alguna sustancia ilegal en el último año (n=22) será incluidas en el subgrupo sustancias ilegales y a continuación se analiza específicamente su perfil sociodemográfico en relación con los datos de la muestra general.

3.4.1: Entidad de los recursos/centros de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



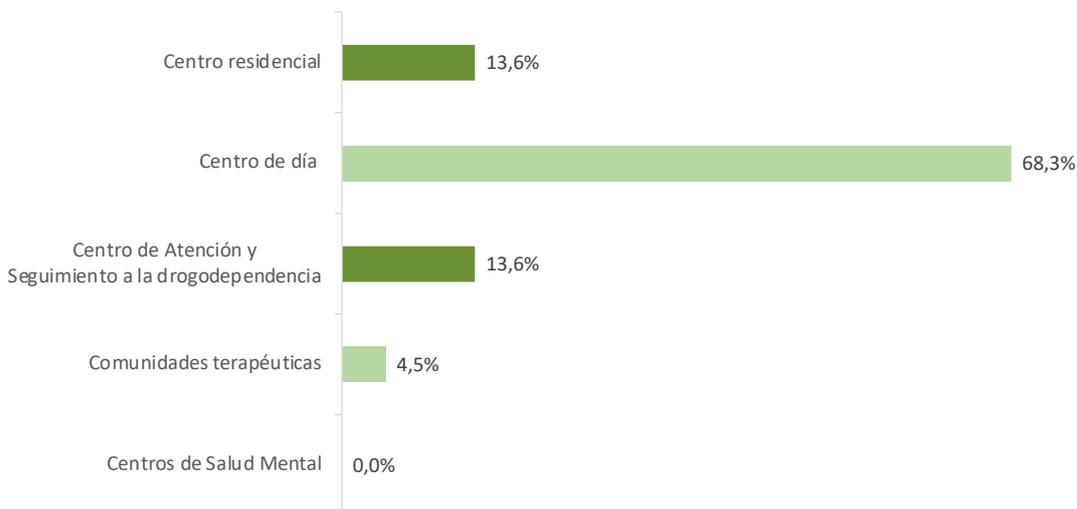
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=22

3.4.2: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



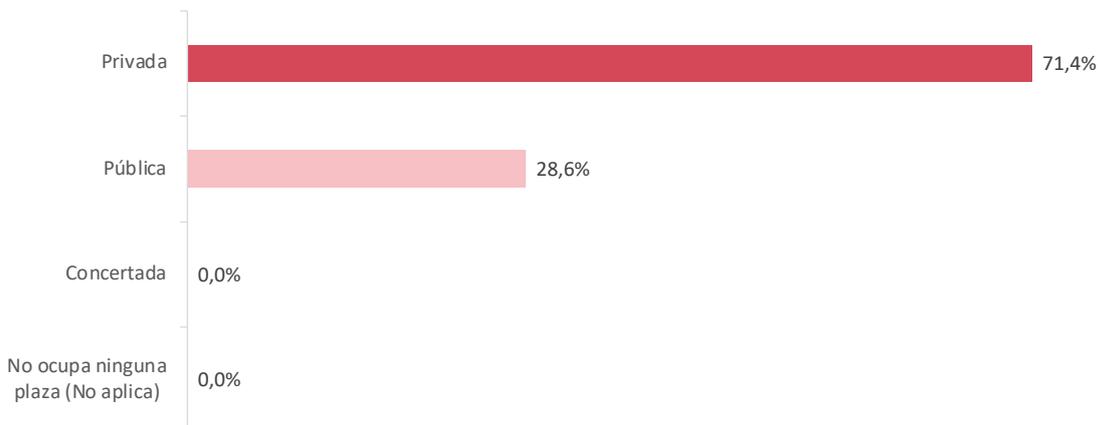
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=22

3.4.3: Tipo de Centro de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

3.4.4: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

En cuanto al perfil de las personas que declaran haber consumido sustancias ilegales en el último año, cabe destacar que son el subgrupo menos numeroso de los analizados con tan solo 22 personas entrevistadas, lo que equivale a un 0,9% de la muestra total del diagnóstico. Los gráficos que se presentan a continuación revelan las características de este subgrupo y sus especificidades en relación con los datos de la muestra general. Pero estarán afectados por ser una muestra tan reducida en la que los pesos porcentuales, se distribuirán de manera algo distorsionada.

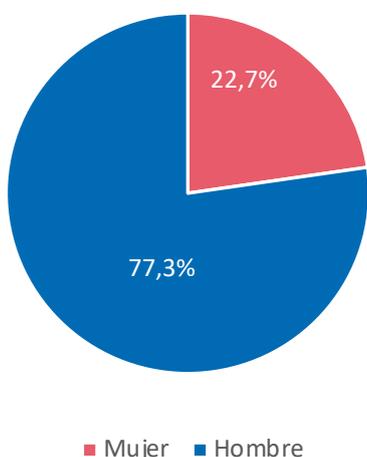
La entidad de origen de las personas entrevistadas revela la primera característica de este subgrupo. Todas las personas entrevistadas hacen uso de recursos relacionados con UNAD. En los recursos de LARES no hay ninguna persona que reconozca haber consumido sustancias ilegales en último año. Además solo se ha entrevistado a personas que reconozcan haber consumido sustancias ilegales en el País Vasco, Cataluña, Canarias y Andalucía.

El tipo de centro al que acuden las personas de este subgrupo ya no es mayoritariamente residencial, si no que cobra una gran relevancia la categoría de los centros de día (68,3%). También aumenta, lógicamente el peso porcentual de otros recursos como los Centros de atención y seguimiento a la drogodependencia y las comunidades terapéuticas.

El 71,4% de las personas entrevistadas en este subgrupo, manifiestan que el carácter de la plaza que ocupan en el recurso del que provienen es de carácter privado.

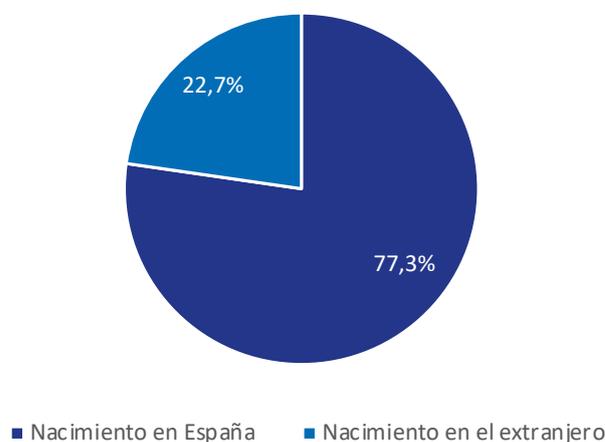
La mayoría de las personas que reconocen haber consumido sustancias ilegales en el último año son hombres (77,3%). Si en la muestra general las mujeres suponían el 60,1% en este subgrupo mucho menos feminizado suponen solo el 22,7%.

3.4.5: Sexo de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



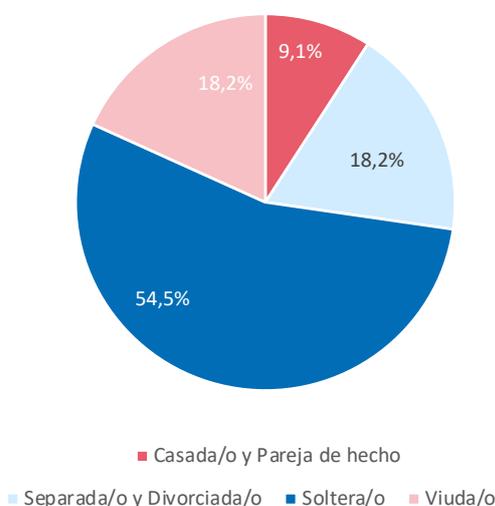
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=22

3.4.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



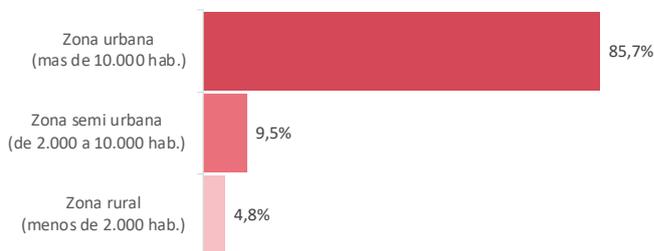
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=22

3.4.7: Estado civil de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=22

3.4.8: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=22

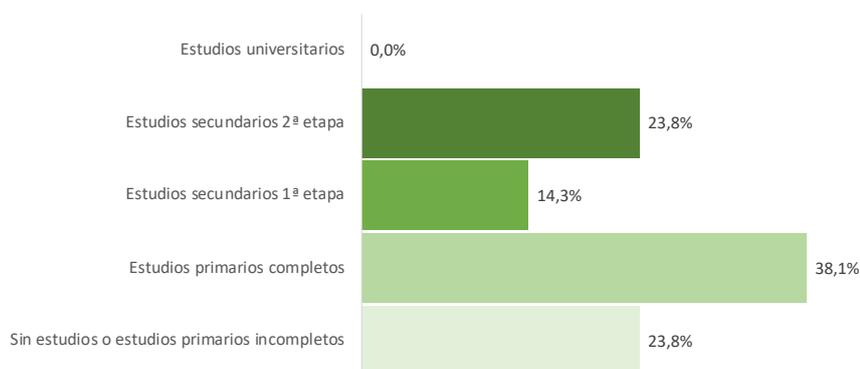
En lo referente a las personas entrevistadas de origen extranjero, también aumentan notablemente su peso porcentual en este subgrupo, 22,7% frente al 4,5% que suponían en la muestra general.

El consumo de sustancias ilegales parece ser una realidad muy minoritaria en las zonas rurales o semiurbanas. Mientras que el 85,7% de las personas entrevistadas en este subgrupo afirma haber residido la mayor parte de su vida en un área urbana.

También se observa una importante diferencia en lo relacionado con el estado civil. La categoría mayoritaria pasa a ser la de las personas solteras 54,5%. Las personas viudas que en la muestra general suponían el 49,8%, y en el caso de este subgrupo tan solo suponen el 18,2%.

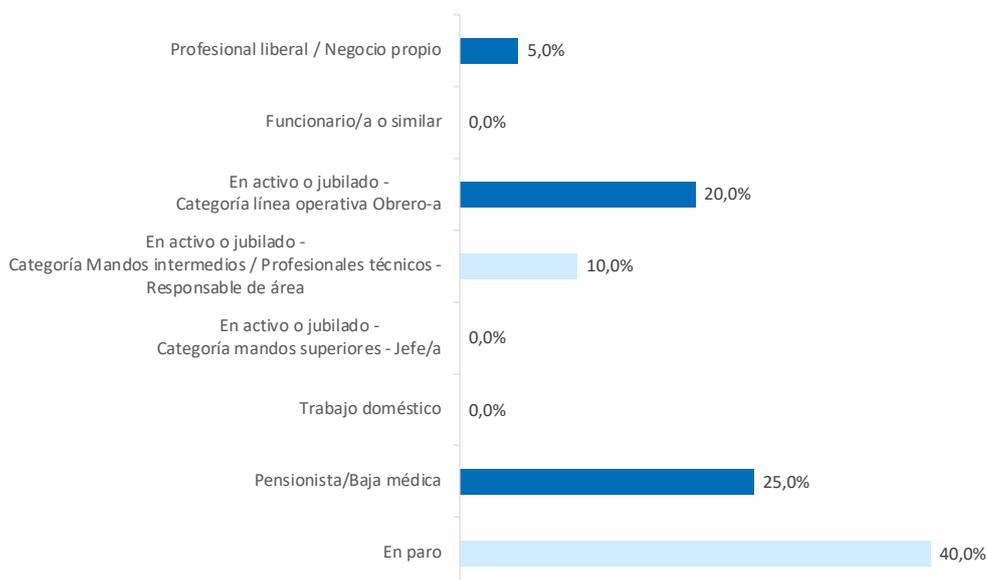
Ninguna de las personas entrevistadas en este subgrupo tiene estudios universitarios. Aumentan significativamente aquellas personas que han completado la 2ª etapa de estudios secundarios, pero las categorías que aglutinan a más personas continúan siendo aquellas de bajo o ningún nivel de titulación.

3.4.9: Nivel de estudios de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



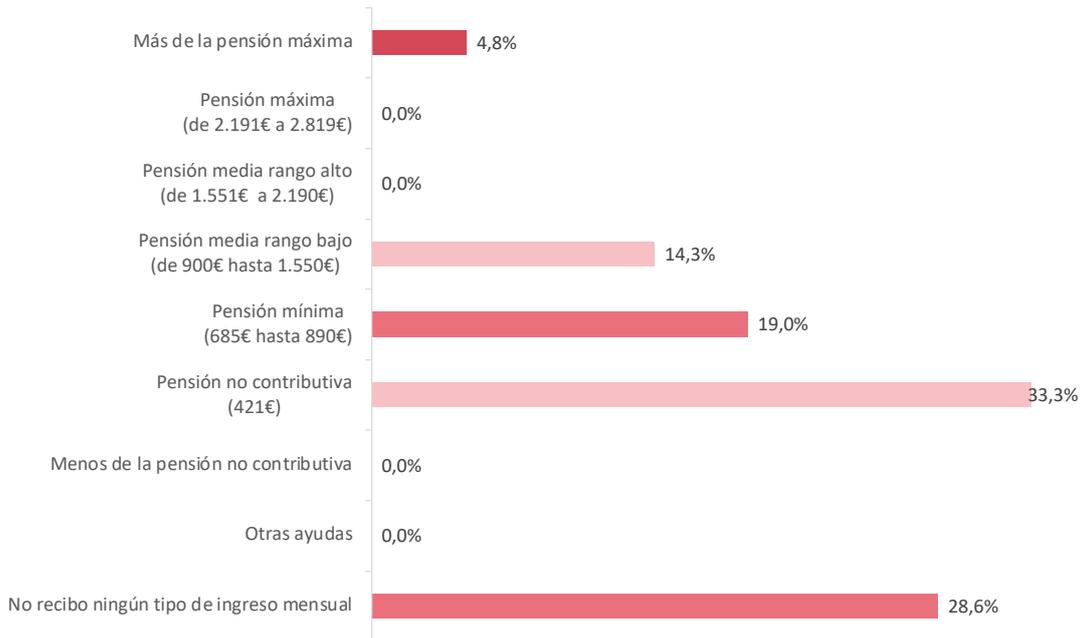
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

3.4.10: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

3.4.11: Situación económica de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=22

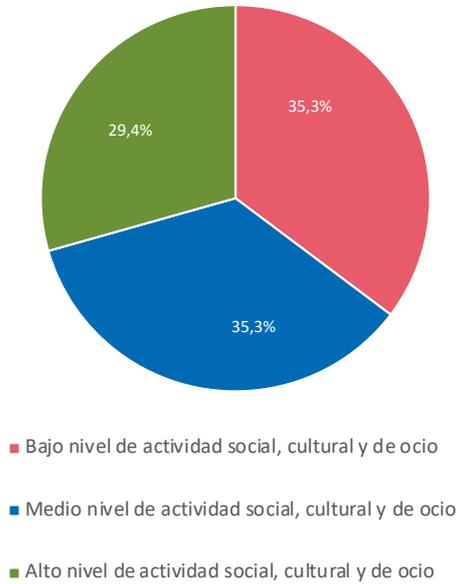
En lo que se refiere a la situación laboral de las personas entrevistadas en este subgrupo de consumo de sustancias ilegales, la categoría mayoritaria es la de aquellas personas que están “en paro” 40% frente al 6,2% que suponían en los datos generales. La muestra general indicaba que un 25,2% de las personas entrevistadas se dedicaba a tareas del trabajo doméstico, lo que es coincidente con el carácter feminizado de la muestra. Sin embargo, en el caso de este subgrupo donde las mujeres suponen el 22,7% de la muestra, la categoría trabajo doméstico es 0%.

Sobre la situación económica de las personas entrevistadas en este subgrupo, el dato más reseñable es el crecimiento de las personas que declaran “no recibo ningún ingreso mensual” 28,6% frente al 4,3% que suponían en la muestra general.

En cuanto al nivel de actividad social cultural y de ocio se observa una distribución muy similar entre los tres niveles. El porcentaje de personas entrevistadas en este subgrupo que tienen un bajo nivel de actividad es menor comparado con el mismo nivel en los datos de la muestra general. Por ende son mayores los porcentajes de medio y sobre todo de alto nivel de actividad. Esto podría tener relación también con la edad media de este subgrupo (62,50 años) que es el más joven de los subgrupos analizados en este diagnóstico.

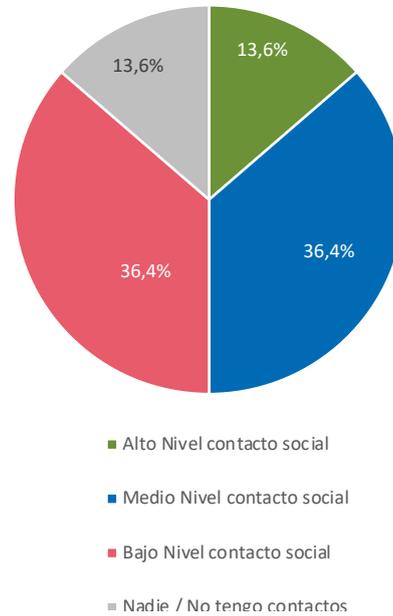
Sobre el nivel de contacto social que tienen las personas pertenecientes a este subgrupo de consumidores de sustancias ilegales el dato más destacable es el aumento de aquellas personas que afirman no tener contacto con nadie, o no tener red de apoyo, que alcanza un 13,6% de las personas del subgrupo mientras en los datos de la muestra general suponía apenas el 2,2%.

3.4.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

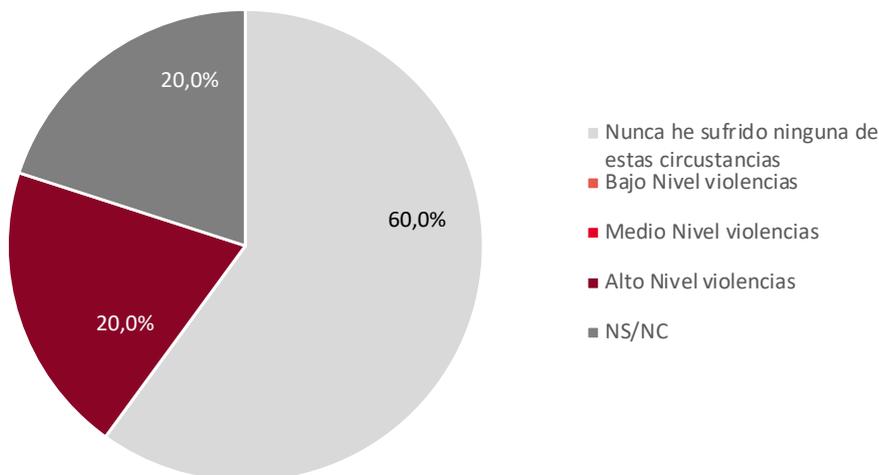
3.4.13: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

En lo relacionado con el nivel de violencias sufrido por las mujeres entrevistadas en este subgrupo de personas consumidoras de sustancias ilegales cabe destacar que los datos se muestran algo distorsionados por ser realmente pequeña la muestra. Aun así el gráfico deja entrever que las mujeres pertenecientes a este subgrupo que reconocen haber sufrido algún tipo de violencia, han sufrido un alto grado de actitudes violentas.

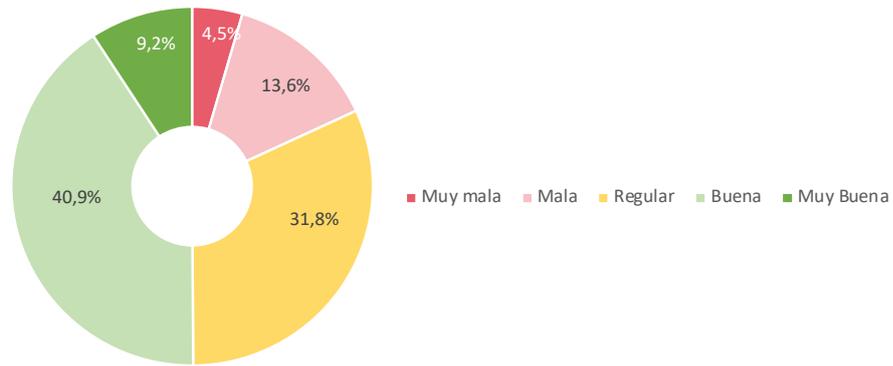
3.4.14: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=5

En cuanto a la percepción de la salud de las personas entrevistadas que reconocen haber consumido sustancias ilegales en el último año, aumentan aquellas que manifiestan tener mala o muy mala salud física 18,1% frente al 12,1% que aglutinaba esta categoría en la muestra general. Sorprendente es el dato de aquellas personas de este subgrupo que consideran que tienen buena o muy buena salud, suman el 50,1% frente al 44,9% que suponían estas categorías en la muestra general.

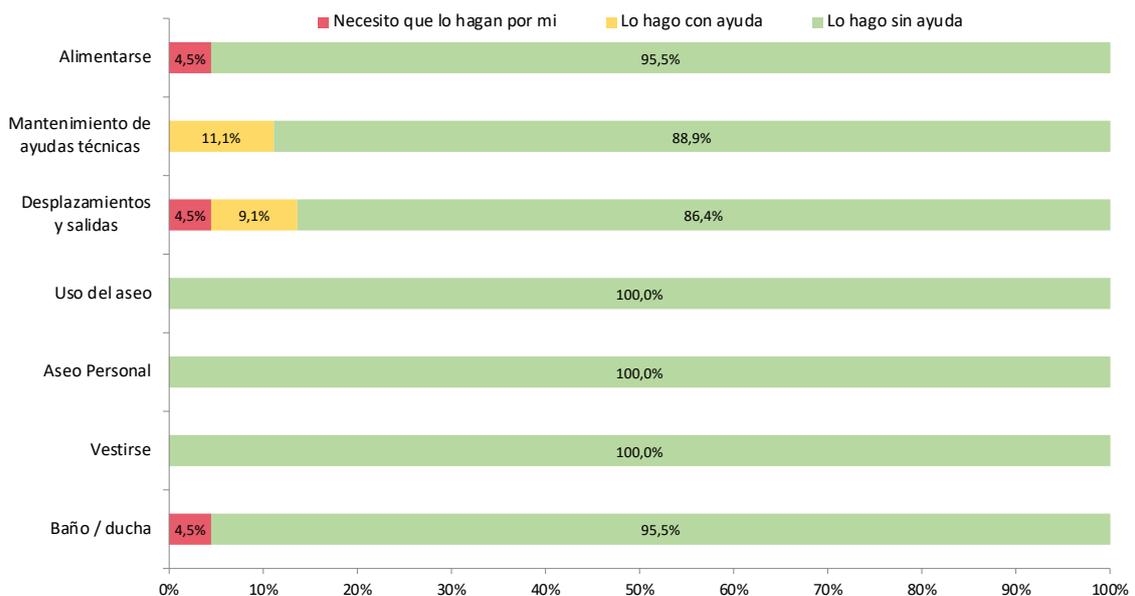
3.4.15: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

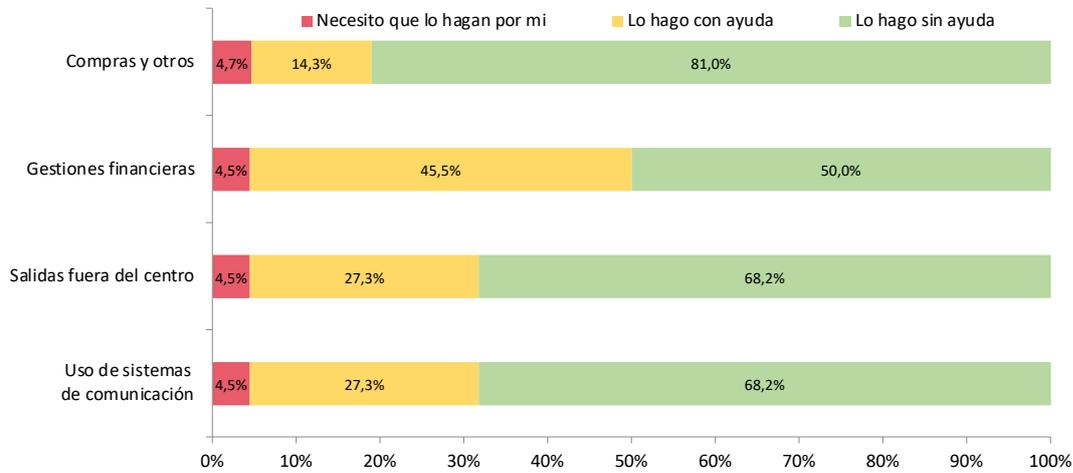
Los gráficos relacionados con el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria reflejan un importante aumento del grado de autonomía comparados con los datos de la muestra general, estos datos también deben analizarse considerando la influencia de la edad media (que como ya se ha indicado es 62,50 años) mucho más joven que la muestra general. Las personas entrevistadas en este subgrupo realizan sin ayuda todas las actividades básicas de la vida diaria en la amplia mayoría de los casos, los porcentajes de baño, aseo y vestirse alcanzan al 100% de las personas entrevistadas.

3.4.16: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria. Subgrupo sustancias ilegales.



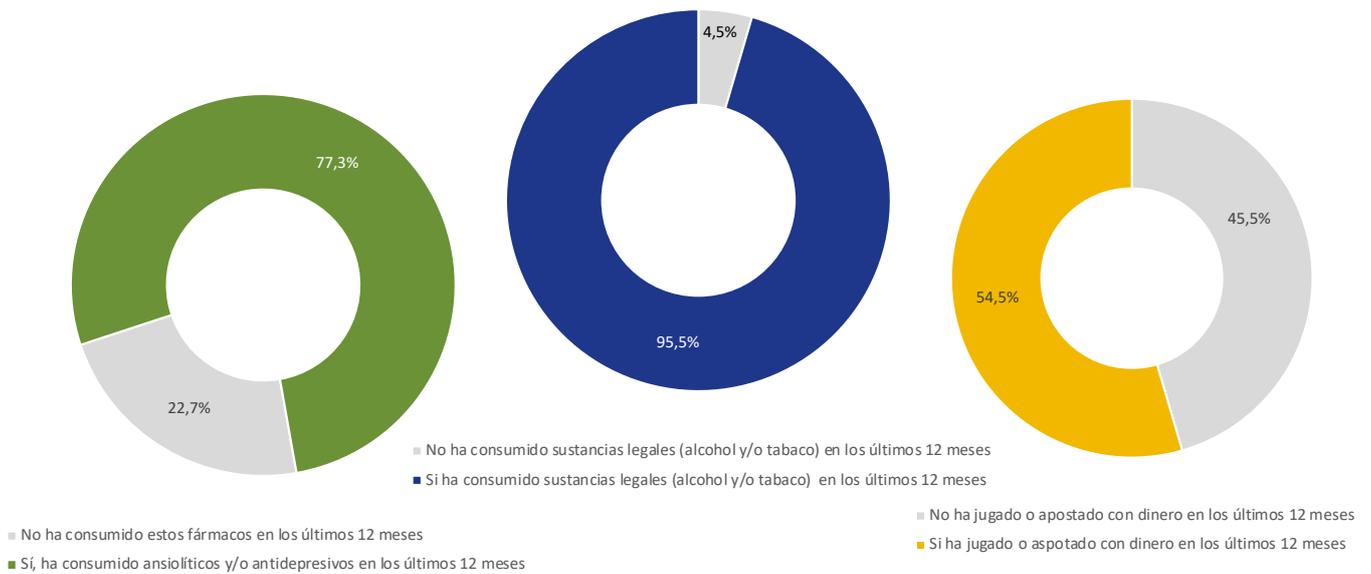
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

3.4.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

3.4.18: Policonsumo de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=22

Entre las personas del subgrupo consumidoras de sustancias ilegales un 95,5% consumió además sustancias legales como alcohol y/o tabaco en el último año, lo que confirma la relación existente entre estos dos tipos de consumo.

También se observa una relación entre el consumo de sustancias ilegales que vertebra este subgrupo y el consumo de fármacos como ansiolíticos y/o antidepresivos en el último año en un 77,3% de los casos.

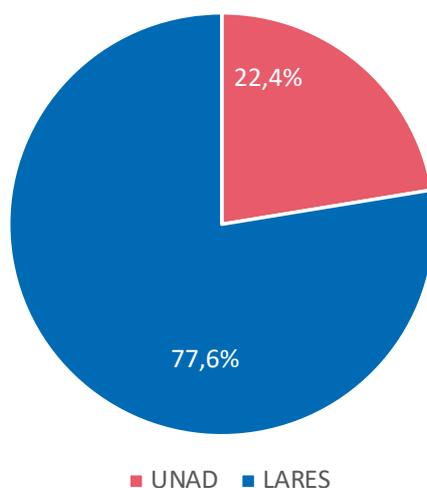
En las conductas relacionadas con el juego un 54,5% de las personas entrevistadas en este subgrupo reconocían haber apostado o jugado con dinero en el último año (tragaperras, bingo, lotería y/o apuestas) lo que supone un porcentaje ligeramente mayor que los que reconocían este tipo de conductas en la muestra general (42%).

Sobre la percepción del riesgo de algunas de las situaciones propuestas a las personas entrevistadas en este subgrupo cabe destacar que tienen una percepción del riesgo menor que la muestra general. Todos los porcentajes “rojos” de “riesgo alto” disminuyen en el caso de este subgrupo. La excepción son los datos relacionados con el juego, aquellas personas que opinan que supone un alto riesgo son el 50% en este subgrupo mientras suponían el 45,7% en la muestra general.

FARMACOLOGÍA

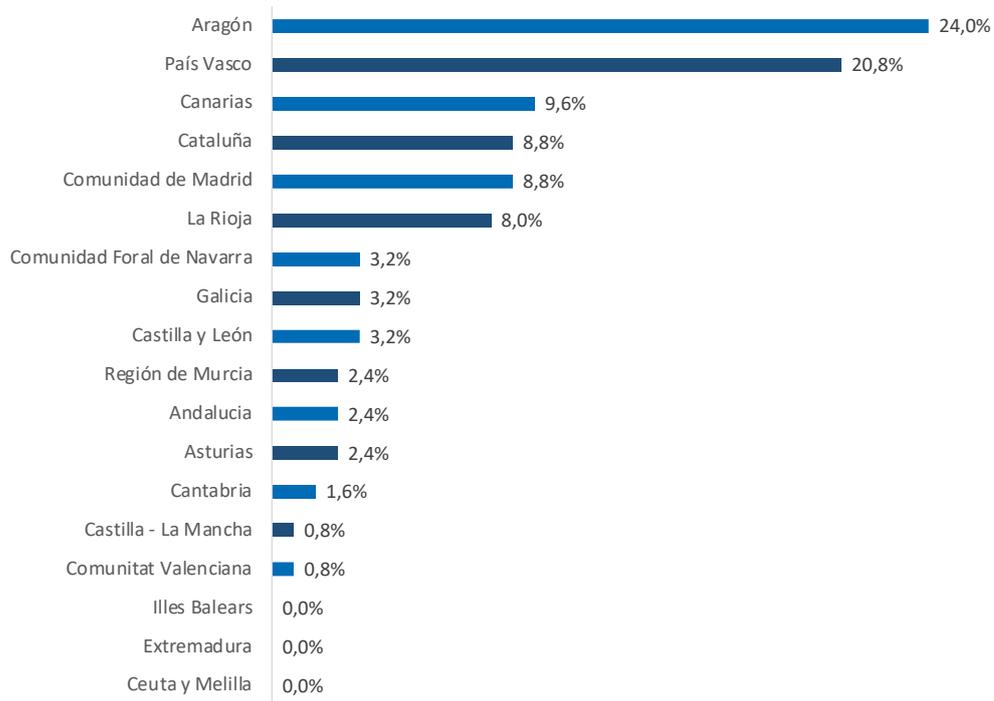
Las personas que afirmaban haber tomado ansiolíticos y/o antidepresivos en los últimos doce meses (n=125) pasarán a formar parte del subgrupo farmacología y a continuación se analiza específicamente su perfil sociodemográfico con una edad media de 78,70 años en relación con los datos de la muestra general.

3.5.1: Entidad de los recursos/centros de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



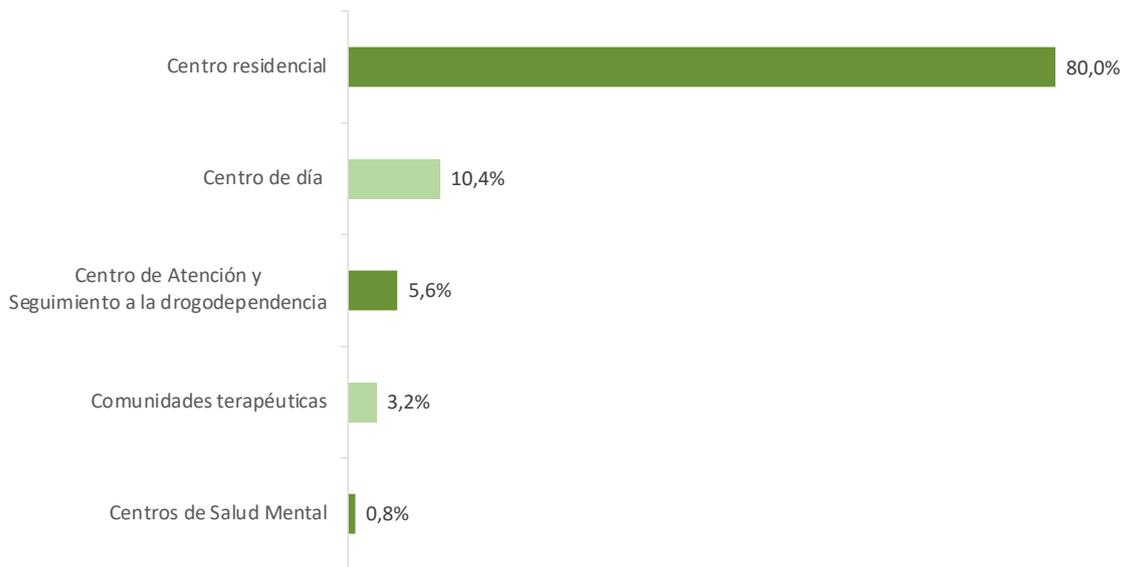
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=125

3.5.2: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



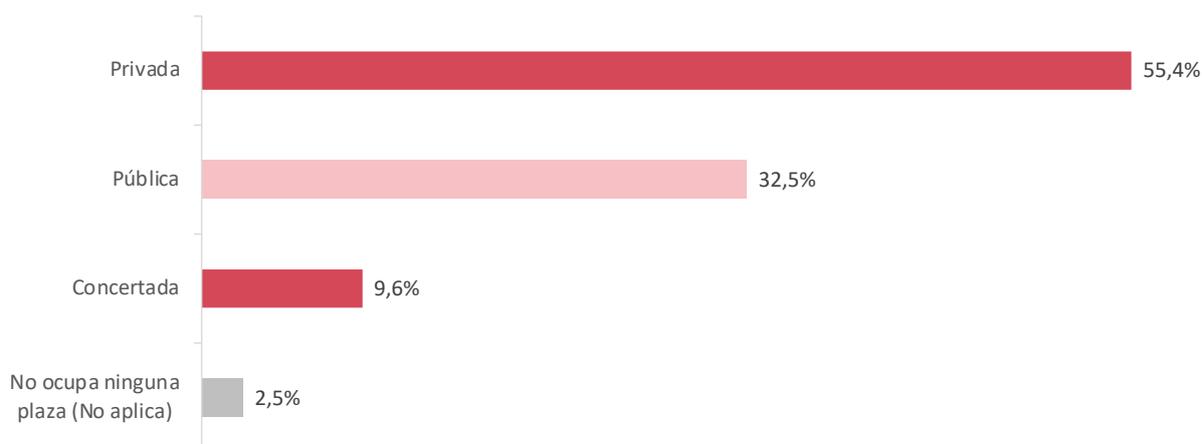
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

3.5.3: Tipo de Centro de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

3.5.4: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=125

En cuanto al perfil de las personas que declaran haber consumido ansiolíticos o antidepresivos en el último año, cabe destacar que son el subgrupo más numeroso con 125 personas entrevistadas, lo que equivale a un 55,1% de la muestra total del diagnóstico. No se espera encontrar grandes variaciones en este subgrupo por la amplia influencia que a nivel numérico tienen las personas que han consumido ansiolíticos y/o antidepresivos en los últimos meses, en los porcentajes de la muestra general.

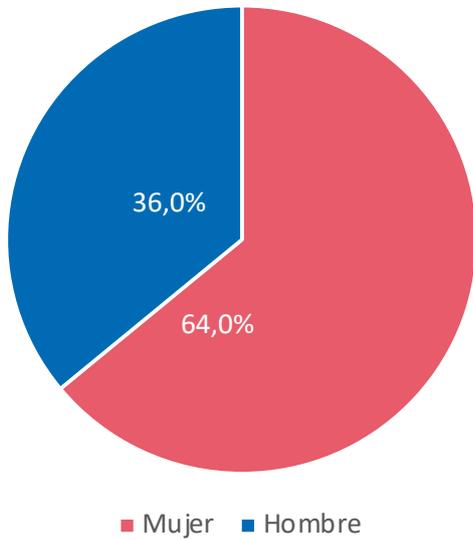
Respecto a la entidad de origen de las personas entrevistadas, apenas se aprecia diferencia con la distribución de la muestra general. Un 22,4% proceden de recursos relacionados con UNAD, frente al 20% de la muestra general. En el caso de LARES un 77,6% de las personas entrevistadas residían en centros de dicha entidad frente al 80% que suponen en la muestra general.

En lo que se refiere a la comunidad autónoma de las personas entrevistadas, la distribución en este subgrupo de personas consumidoras de fármacos es similar respetando el mismo orden de importancia que la muestra general.

Tampoco hay variaciones muy significativas en lo que se refiere al tipo de centro que utilizan las personas entrevistadas de este subgrupo. De nuevo un 80% provienen de centros residenciales y el único porcentaje que tiene una variación significativa es el que se refiere a un incremento de dos puntos en los Centros de atención y seguimiento a la drogodependencia (5,6%). La misma tendencia se registra en los datos relacionados con el tipo de plaza que ocupan las personas entrevistadas de este subgrupo, donde las plazas privadas continúan siendo la categoría mayoritaria. Las plazas concertadas registran un ligero decremento en las personas entrevistadas en este subgrupo (9,6%).

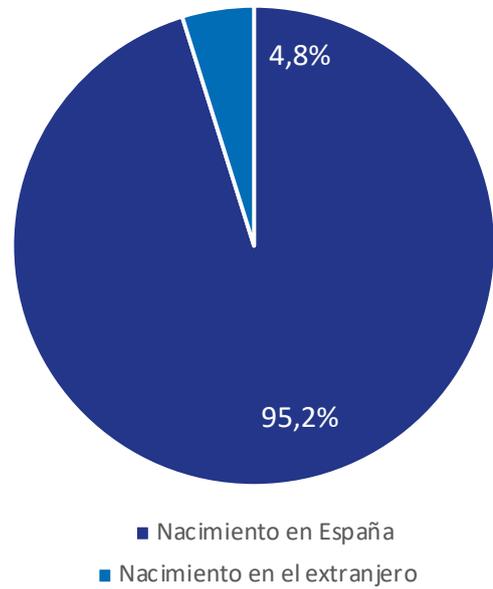
En lo que se refiere al perfil demográfico de las personas que reconocen haber consumido ansiolíticos y/o antidepresivos en los últimos meses los siguientes gráficos corroboran la tendencia de que el perfil de este subgrupo es análogo a los datos de la muestra general, con lo que se pondrá el foco solo en las variaciones más relevantes.

3.5.5: Sexo de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



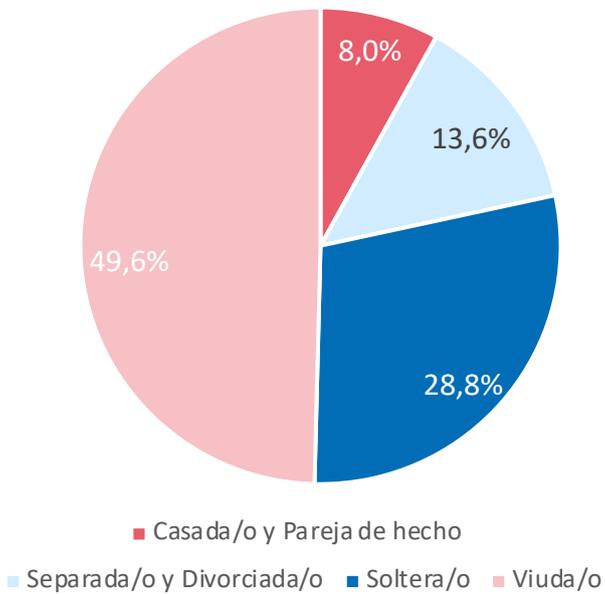
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

3.5.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



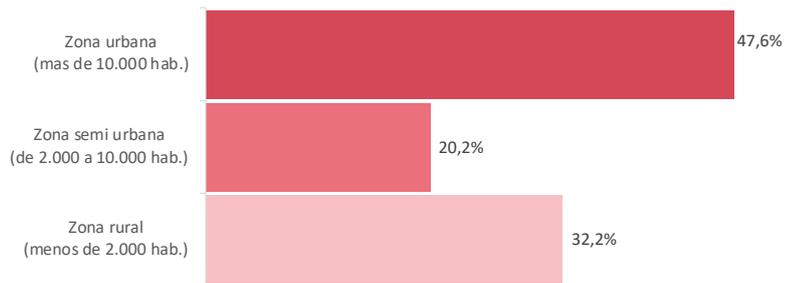
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

3.5.7: Estado civil de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

3.5.8: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



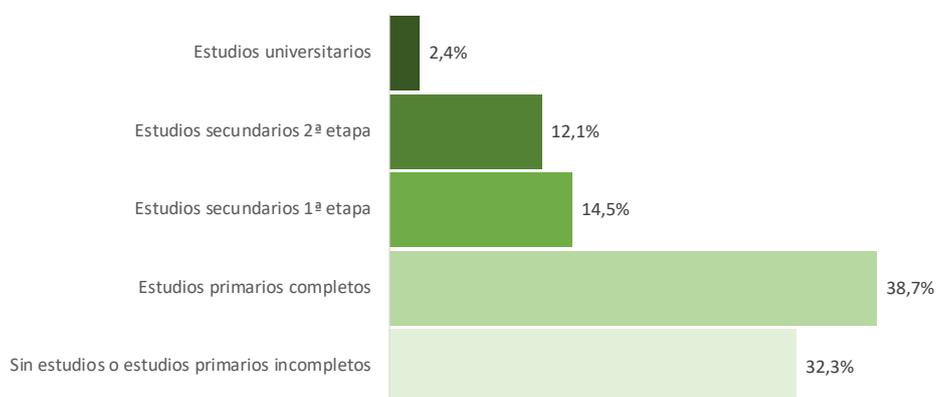
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

Respecto al sexo de las personas entrevistadas cabe destacar que el porcentaje de las mujeres en este subgrupo aumenta hasta el 64%, frente al 60% que suponían en la muestra general.

En cuanto al carácter de la zona de residencia habitual se observa un incremento del porcentaje de las personas entrevistadas de zonas rurales que aumenta hasta el 32,2% frente al 25,5% que suponían en la muestra general. A pesar de un ligero decremento, continúan siendo la categoría mayoritaria aquellas personas que residen en zonas urbanas de entre aquellas que reconocen haber consumido ansiolíticos y/o antidepresivos en el último año.

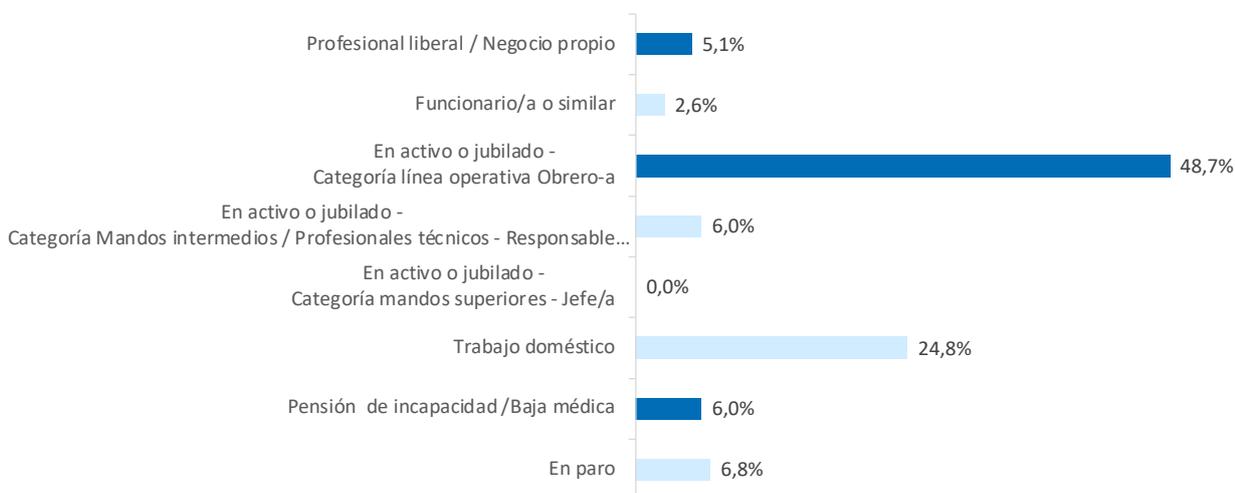
Al respecto del nivel de estudios alcanzado por las personas entrevistadas en este subgrupo, continúa siendo la categoría mayoritaria aquellas personas con los más bajos niveles de estudios (hasta primaria completa) y, así mismo cabe señalar la ligera reducción de aquellas personas que tienen estudios universitarios en este subgrupo (2,4%).

3.5.9: Nivel de estudios de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



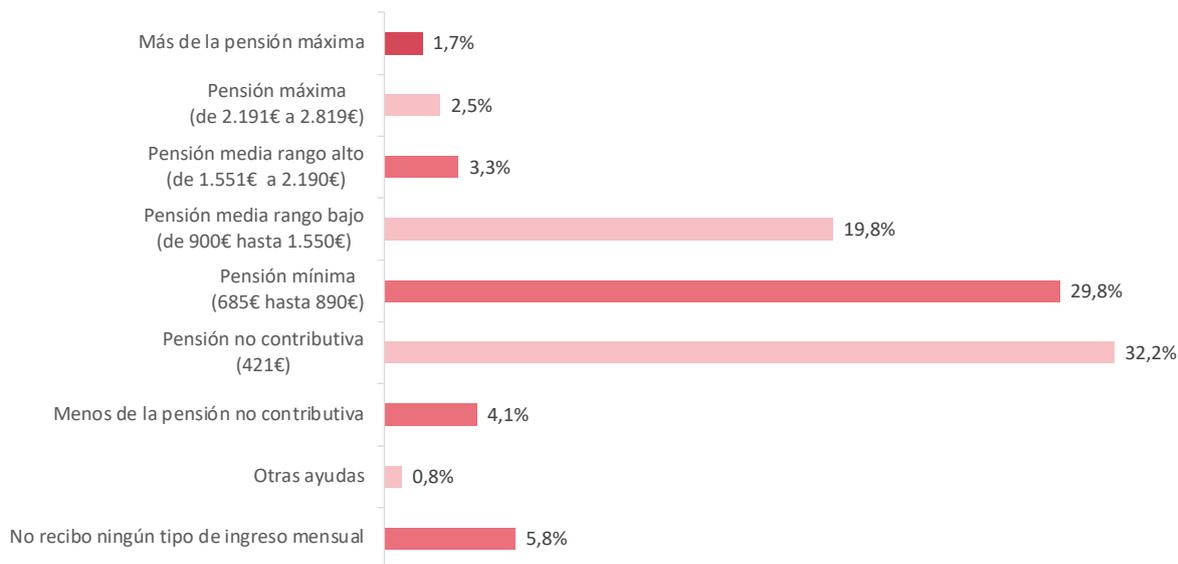
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=125

3.5.10: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-L&U 2022 n=125

3.5.11: Situación económica de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

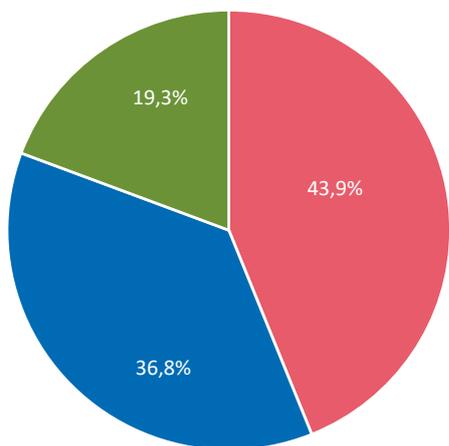
Sobre la situación laboral desempeñada por las personas entrevistadas en este subgrupo apenas se observan diferencias. La categoría línea operativa o trabajos de baja cualificación continúa siendo la mayoritaria también en este subgrupo con un porcentaje ligeramente mayor (48,7%).

La misma tendencia se observa en lo referente a la situación económica del subgrupo de personas que reconocen haber consumido ansiolíticos y/o antidepresivos en el último año. Entre las variaciones poco significativas de los porcentajes de las categorías de respuesta, cabe destacar que tienen más peso porcentual las personas en este subgrupo que perciben pensiones no contributivas o no perciben ningún tipo de ingreso mensual.

En lo que se refiere al nivel de actividad social cultural y de ocio de las personas entrevistadas en este subgrupo cabe señalar que, aunque la distribución de niveles es muy similar se observa un ligero aumento en los porcentajes de bajo y medio nivel de actividad, mientras que disminuye el porcentaje de las personas con alto nivel de actividad en este subgrupo.

Los datos referentes al nivel de contacto social de las personas entrevistadas en este subgrupo de consumo de fármacos apenas muestran diferencias con los datos de la muestra general.

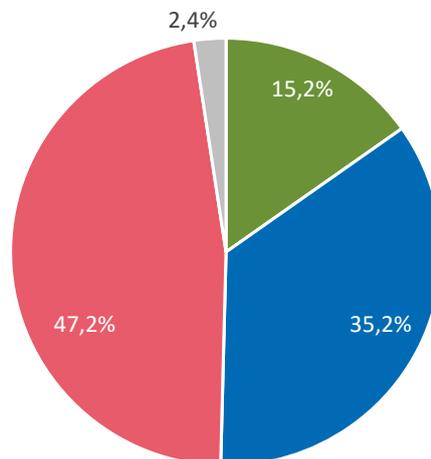
3.5.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo farmacología.



- Bajo nivel de actividad social, cultural y de ocio
- Medio nivel de actividad social, cultural y de ocio
- Alto nivel de actividad social, cultural y de ocio

Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

3.5.13: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo farmacología.

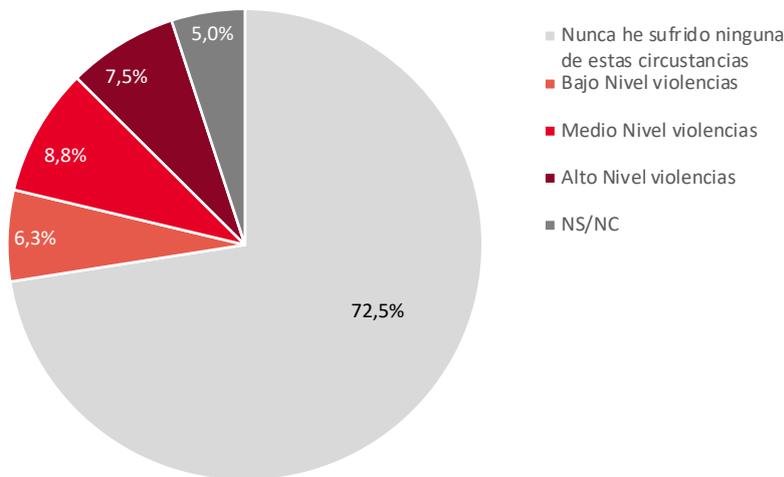


- Alto Nivel contacto social
- Medio Nivel contacto social
- Bajo Nivel contacto social
- Nadie / No tengo contactos

Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

En lo que se refiere al nivel de violencias sufrido por las mujeres entrevistadas en este subgrupo se destaca un ligerísimo aumento de las mujeres que reconocen haber sufrido algún tipo de violencia. Si en los datos de la muestra general este porcentaje alcanzaba a un 21,6%, en el caso del subgrupo de mujeres consumidoras de ansiolíticos y/o antidepresivos el 22,5% reconocía haber sufrido alguna de las situaciones de violencia propuestas por el cuestionario. También aumentan ligeramente los porcentajes de aquellas mujeres que sufrieron alto y medio nivel de violencias.

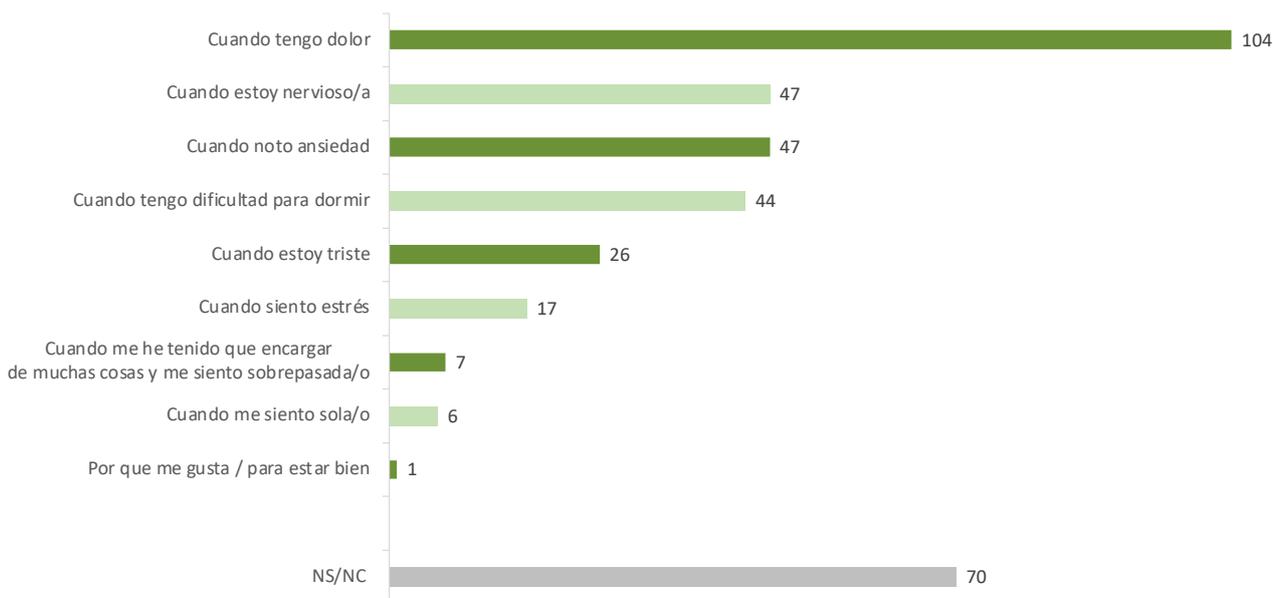
3.5.14: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=80

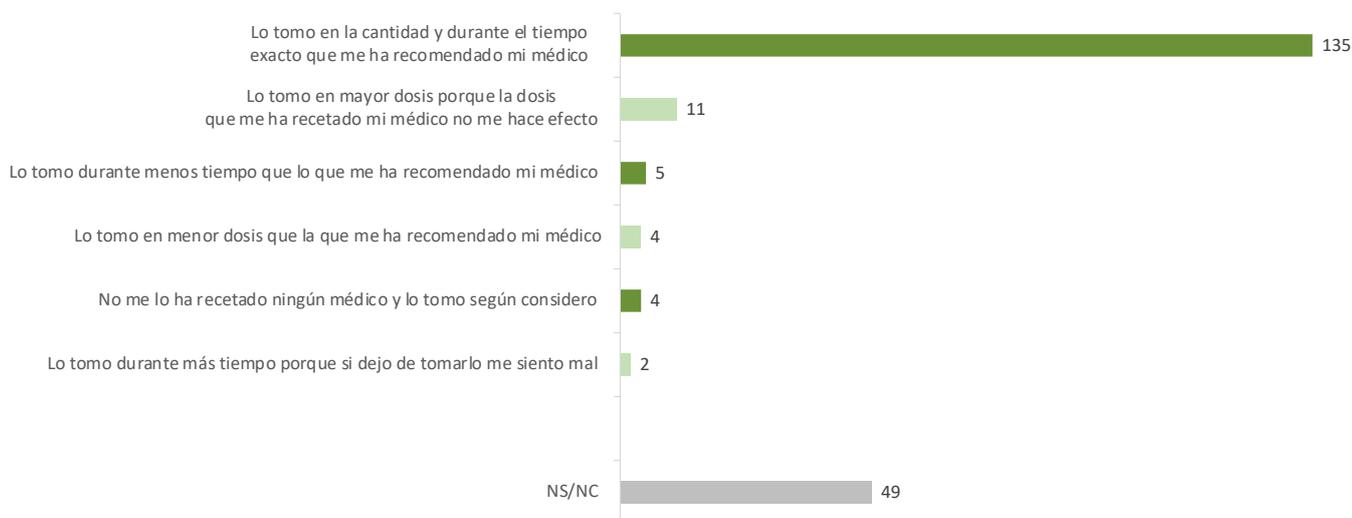
Con respecto a la indagación de tipo cualitativo de las motivaciones de las personas entrevistadas para consumir fármacos de todos los tipos que se preguntaban en el cuestionario (ansiolíticos, antidepresivos y/o analgésicos) la mayoría de las personas entrevistadas reconoce hacer uso de ellos cuando siente dolor, motivación señalada por 104 personas entrevistadas. Las otras motivaciones más mencionadas son “cuando estoy nervioso/a”, “cuando noto ansiedad” y “cuando tengo dificultad para dormir” lo que está relacionado con el consumo de fármacos a los que hace referencia específica este subgrupo de personas que consumen ansiolíticos y/o antidepresivos.

3.5.15: Motivaciones para el consumo de fármacos de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 125

3.5.16: Prescripción y toma de los fármacos por las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

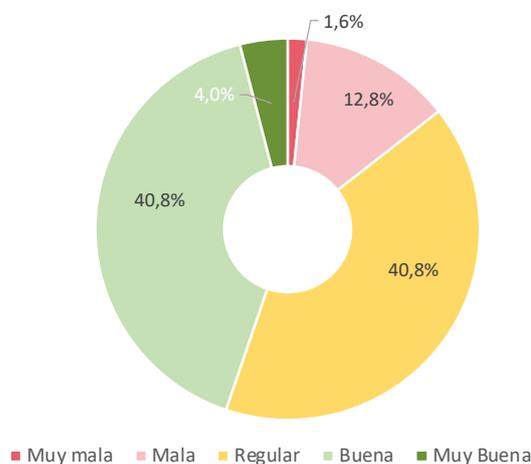


Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 125

La mayoría de las personas entrevistadas en la muestra general toma los medicamentos en la cantidad y durante el tiempo exacto que le ha recomendado el médico (135 menciones). Pero también hay personas entrevistadas que declaran tomar el medicamento en mayor dosis porque la dosis que le ha recetado el médico no le hace efecto. El resto de categorías propuestas tienen un número más bajo de menciones pero pueden servir para tener una idea de la heterogeneidad de realidades que se dan en torno a la prescripción y el uso de fármacos como analgésicos, ansiolíticos y/o antidepresivos.

Se puede inferir que el nivel de autopercepción de la salud de las personas que han consumido en el último año ansiolíticos y/o antidepresivos es ligeramente peor que los datos de la muestra general. El porcentaje de las personas entrevistadas que definen su estado de salud como malo o muy malo aumenta hasta en dos puntos porcentuales hasta el 14,4%. Las personas que en la muestra general definían su salud como muy buena suponían el 5,9%, y entre las personas participantes que consumen ansiolíticos y/o antidepresivos en el último año, este porcentaje disminuye hasta el 4%.

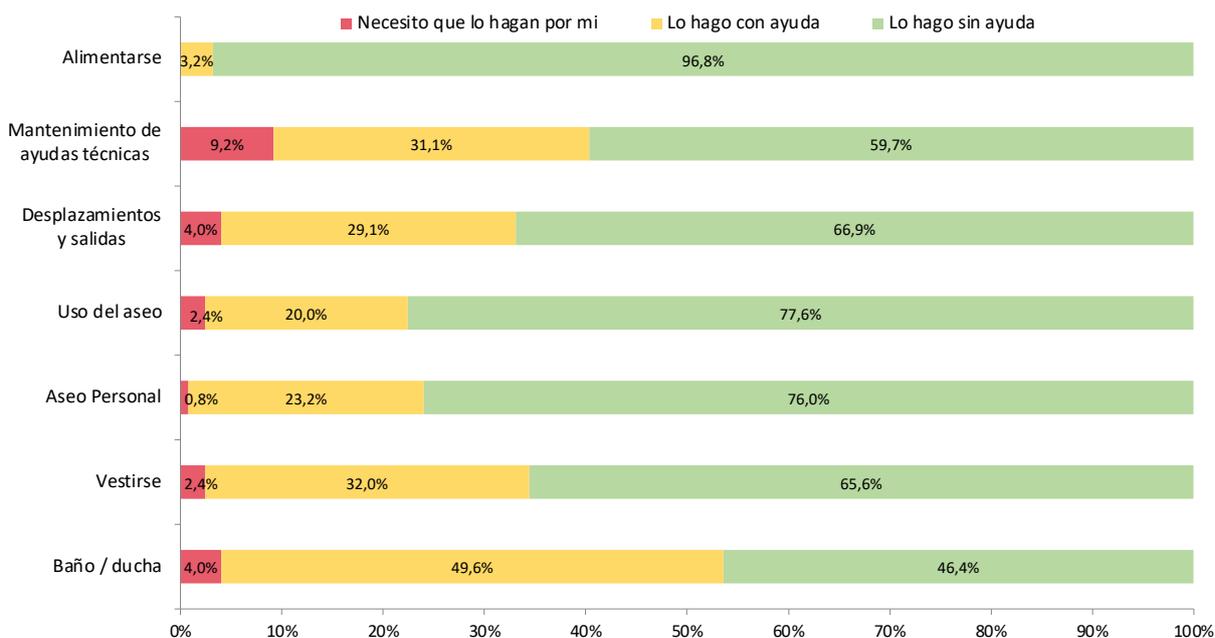
3.5.17: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

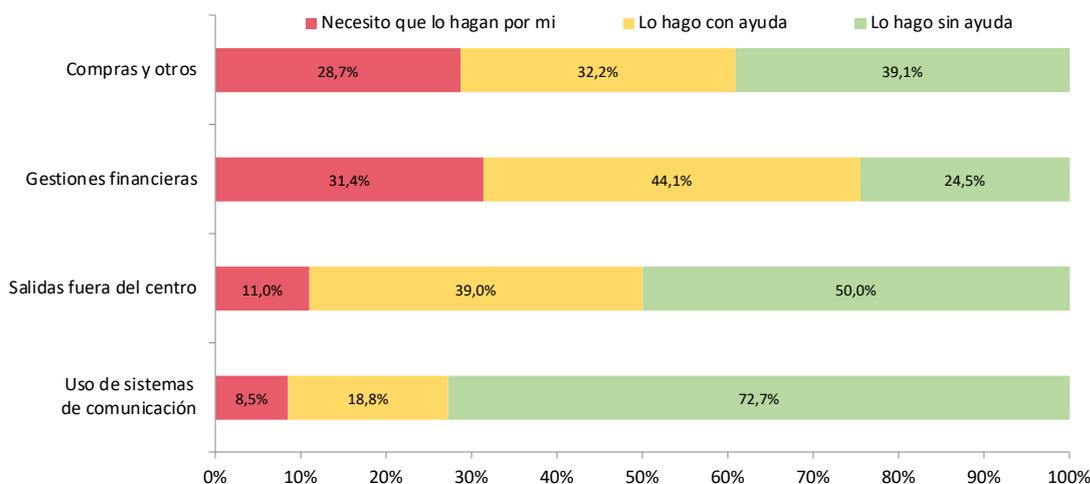
Los gráficos relacionados con el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria reflejan un leve aumento del grado de autonomía comparados con los datos de la muestra general. Todos los porcentajes de la categoría verde “lo hago sin ayuda” aumentan en su subgrupo de las personas que declaraban haber consumido ansiolíticos y/o antidepresivos en el último año.

3.5.18: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

3.5.19: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Subgrupo farmacología.



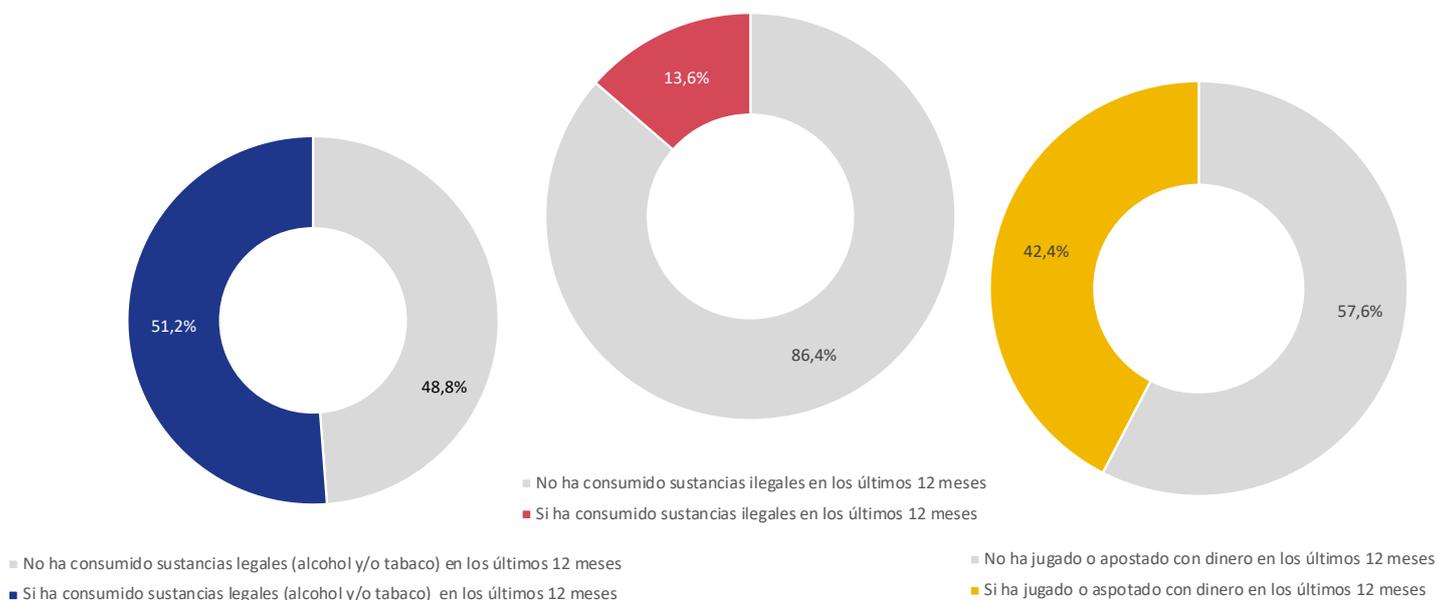
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

Con respecto al consumo de otras sustancias por las personas entrevistadas en el subgrupo de las consumidoras de ansiolíticos y/o antidepresivos los gráficos revelan que más de la mitad de la muestra del subgrupo consumió también en el último año sustancias legales como alcohol y/o tabaco, porcentaje análogo al que mostraban los datos de la muestra general.

En cambio el consumo de sustancias ilegales estuvo presente en un 13,6% de las personas entrevistadas en este subgrupo de consumo de fármacos. Lo que supone un aumento del porcentaje que revelan los datos de la muestra general, donde solo el 0,9% de las personas entrevistadas consumía este tipo de sustancias. Lo que permite inferir que existe cierta relación entre el consumo de fármacos y el consumo de sustancias ilegales.

Por el contrario, en las conductas relacionadas con el juego un 42,4% de las personas entrevistadas en este subgrupo reconocían haber apostado o jugado con dinero en el último año (tragaperras, bingo, lotería y/o apuestas), el mismo porcentaje que mostraban los datos de la muestra general.

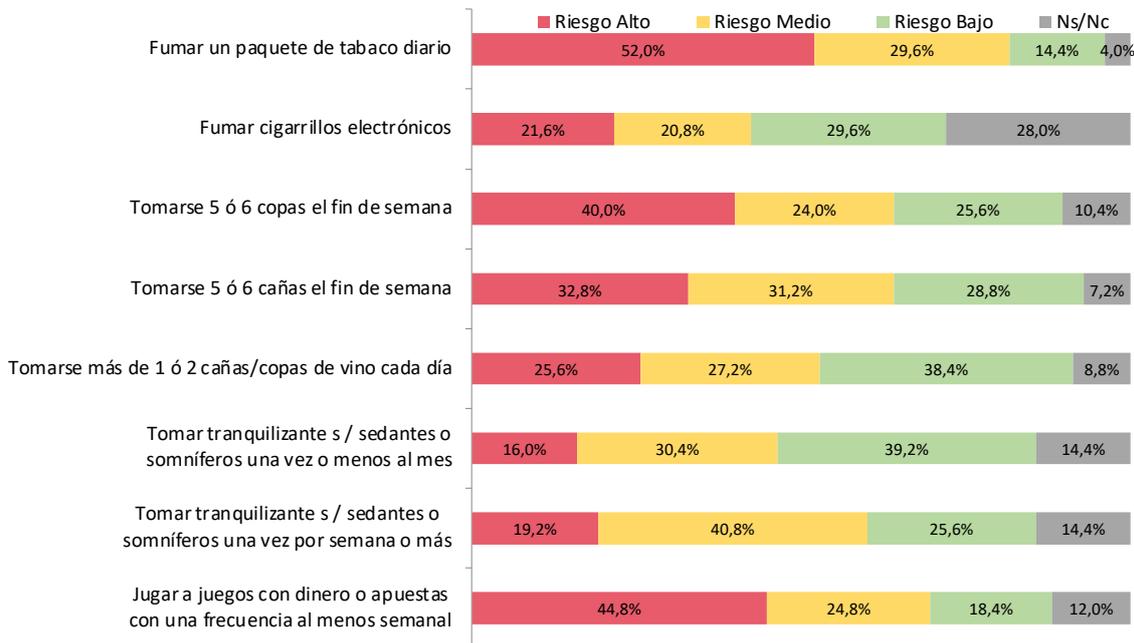
3.5.16: Prescripción y toma de los fármacos por las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n= 125

Al respecto de la percepción del riesgo que suponen algunas situaciones presentadas para las personas entrevistadas en este subgrupo el siguiente gráfico muestra que tienen una percepción del riesgo más baja que la muestra general. Todos los porcentajes verdes del riesgo bajo aumentan en las respuestas del subgrupo de las personas que reconocen haber consumido ansiolíticos y/o antidepresivos en el último año. Incluso en las variables que se relacionan con la farmacología los niveles rojos de riesgo alto son menores en el caso de este subgrupo.

3.5.21: Autopercepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

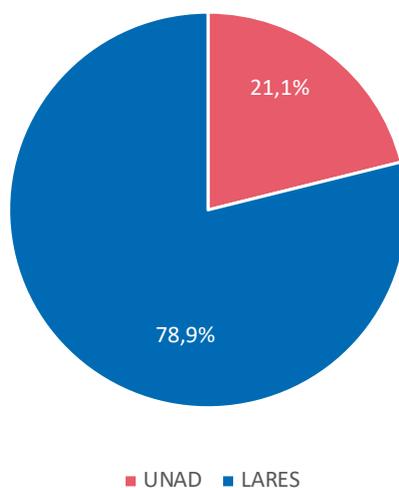


Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=125

JUEGO

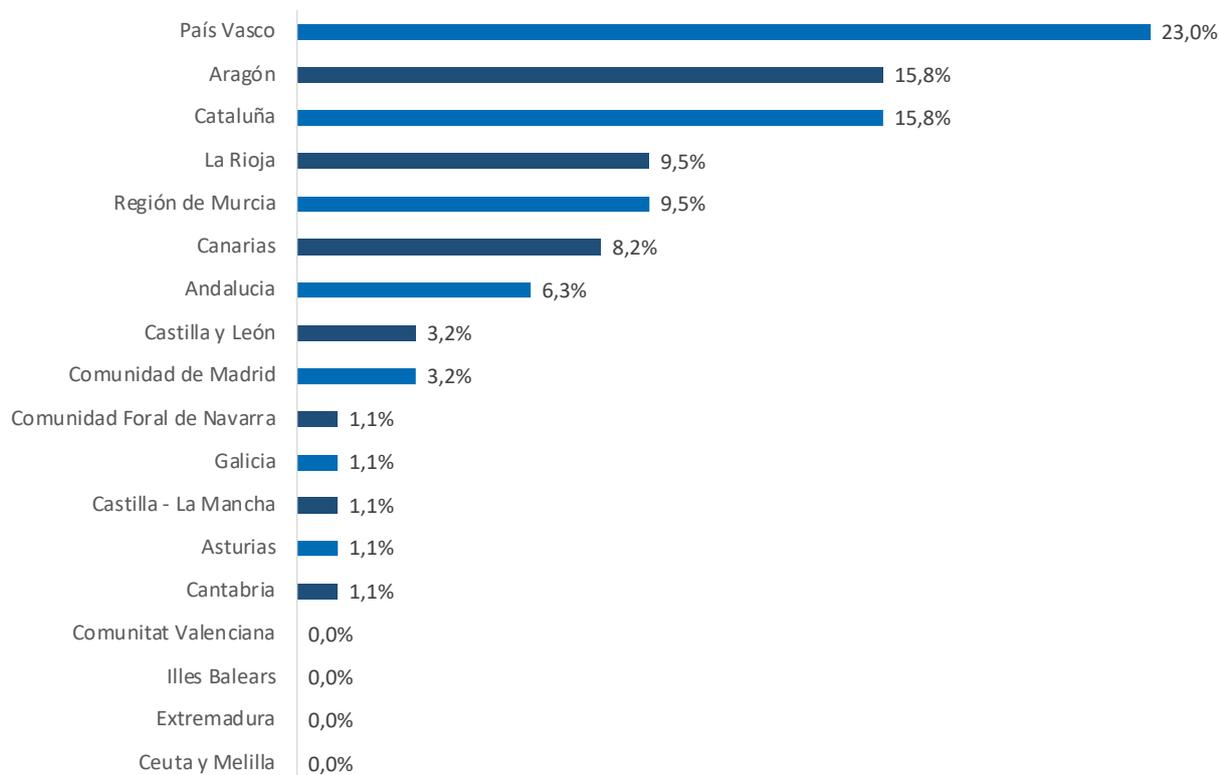
Las personas que reconocían haber apostado o jugado con dinero en el último año (tragaperras, bingo, lotería y/o apuestas) (n=95) formarán parte del subgrupo juego y a continuación se analiza específicamente su perfil sociodemográfico con una edad media de 78,23 años en relación con los datos de la muestra general.

3.6.1: Entidad de los recursos/centros de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



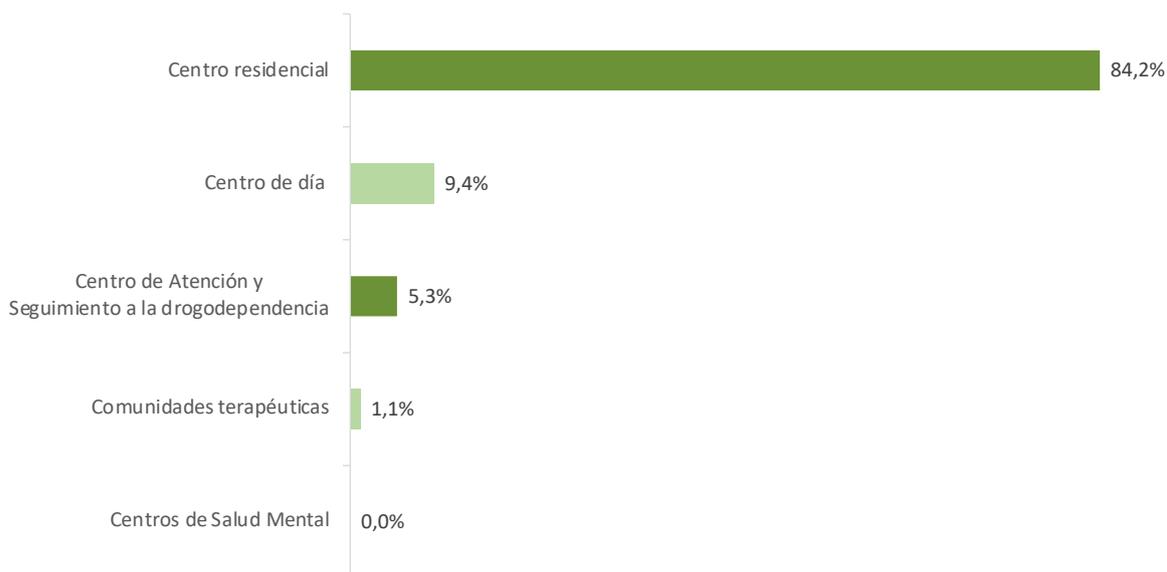
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.2: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



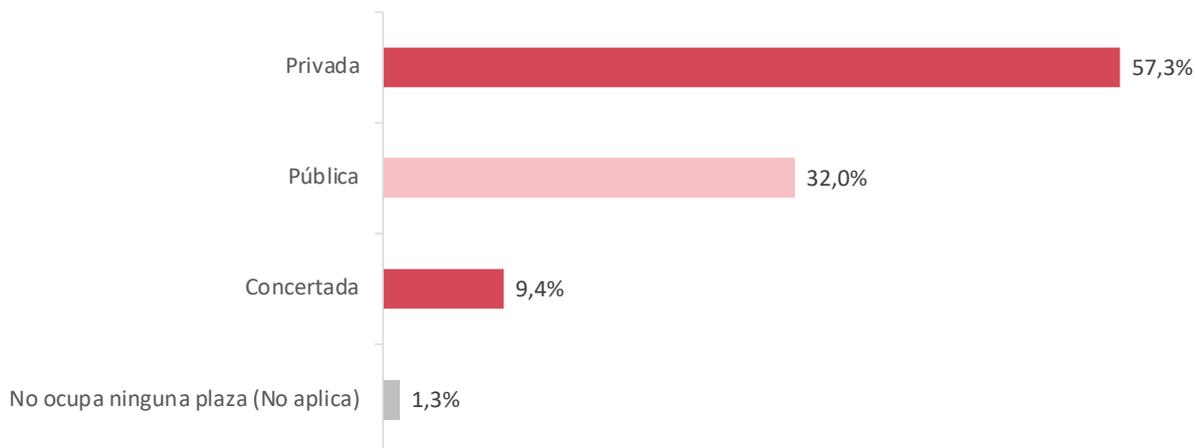
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.3: Tipo de Centro de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.4: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

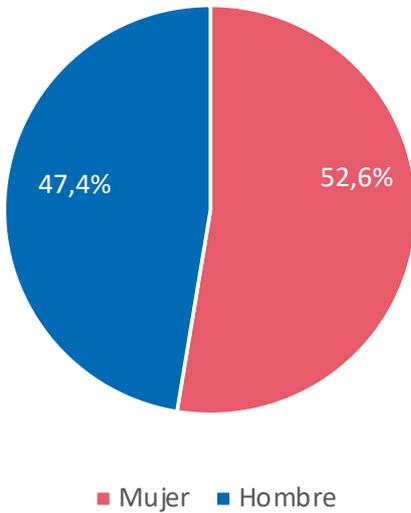
En cuanto al perfil de las personas que declaran haber apostado o jugado con dinero en el último año (tragaperras, bingo, lotería y/o apuestas), hay que señalar que suponen un subgrupo de 95 personas entrevistadas, equivalen a un 42% de la muestra total del diagnóstico.

Respecto a la entidad de origen de las personas entrevistadas, apenas se aprecia diferencia con la distribución de la muestra general. Un 21,1% proceden de recursos relacionados con UNAD, frente al 20% de la muestra general. En el caso de LARES un 78,9% de las personas entrevistadas residían en centros de dicha entidad frente al 80% que suponen en la muestra general.

Sobre las comunidades autónomas donde se ha aplicado esta investigación, en el caso del subgrupo relacionado con juego el País Vasco ocupa la primera posición, seguido por Aragón y Cataluña. Las Rioja y Murcia también están más representados que en la muestra general.

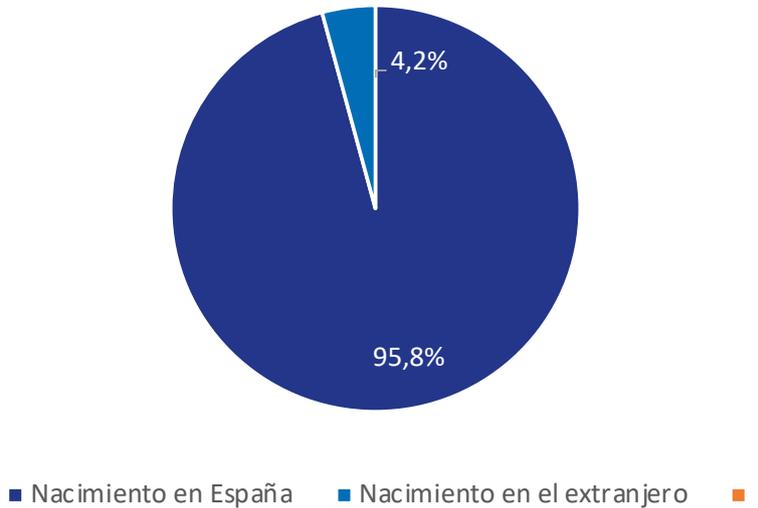
Con respecto al tipo de centro y al tipo de plaza no se aprecian variaciones significativas en los datos de este subgrupo cuando comparados con los datos de la muestra general.

3.6.5: Sexo de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



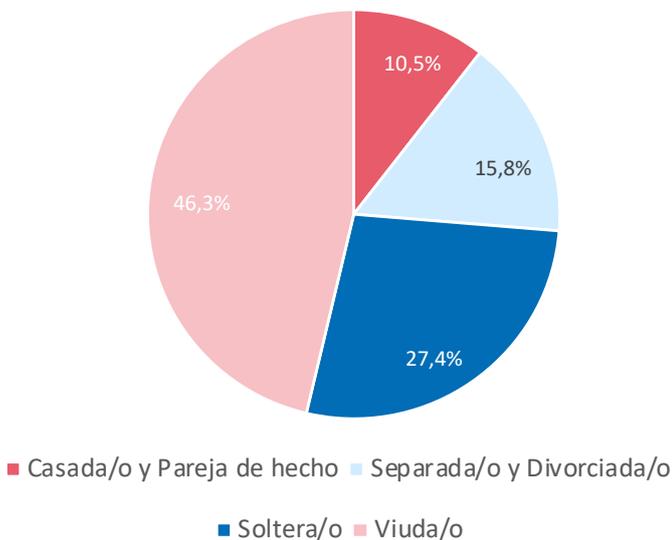
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



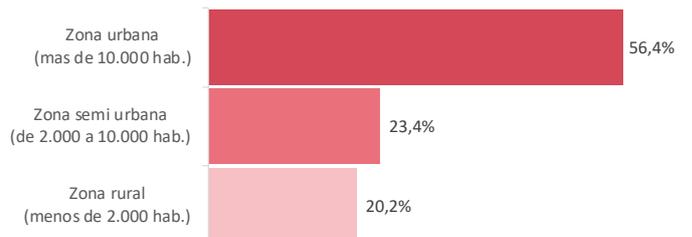
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.7: Estado civil de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.8: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



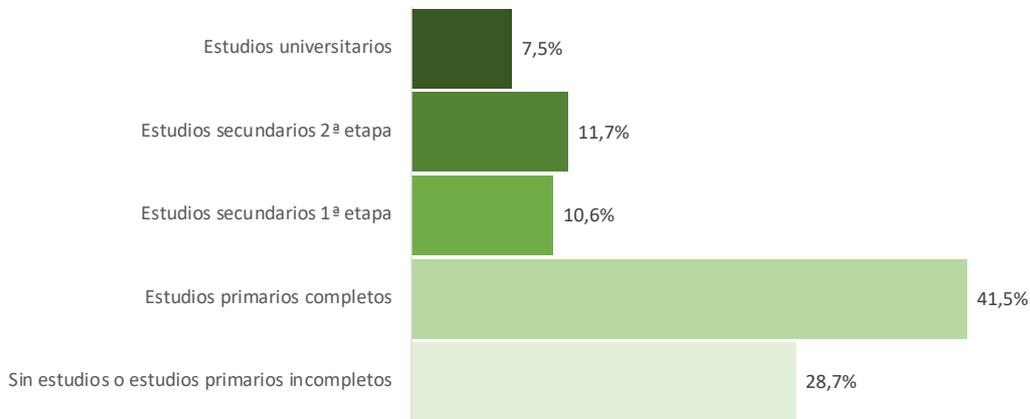
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

En la variable sexo, dentro del subgrupo de aquellas personas que reconocían haber apostado o jugado con dinero en el último año, prácticamente se igualan ambos sexos en dos grupos equilibrados debido al crecimiento de los hombres que suponen el 47,4% del subgrupo, frente al 39,9% que suponían en la muestra general.

Los datos del este subgrupo reflejan un decremento de las personas que juegan en entornos rurales y un ligero aumento de las que lo hacen en zonas urbanas.

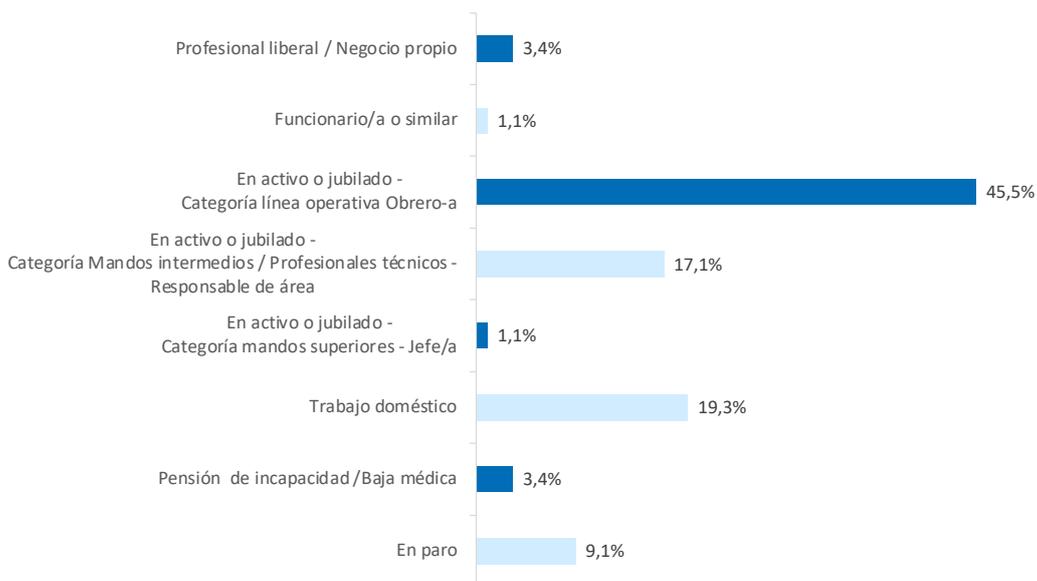
A penas hay diferencia en el gráfico que muestra los datos de estado civil. Decrece ligeramente el porcentaje de personas viudas, y aumenta por ende, también ligeramente, el resto de las categorías en el subgrupo de actitudes relacionadas con el juego.

3.6.9: Nivel de estudios de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



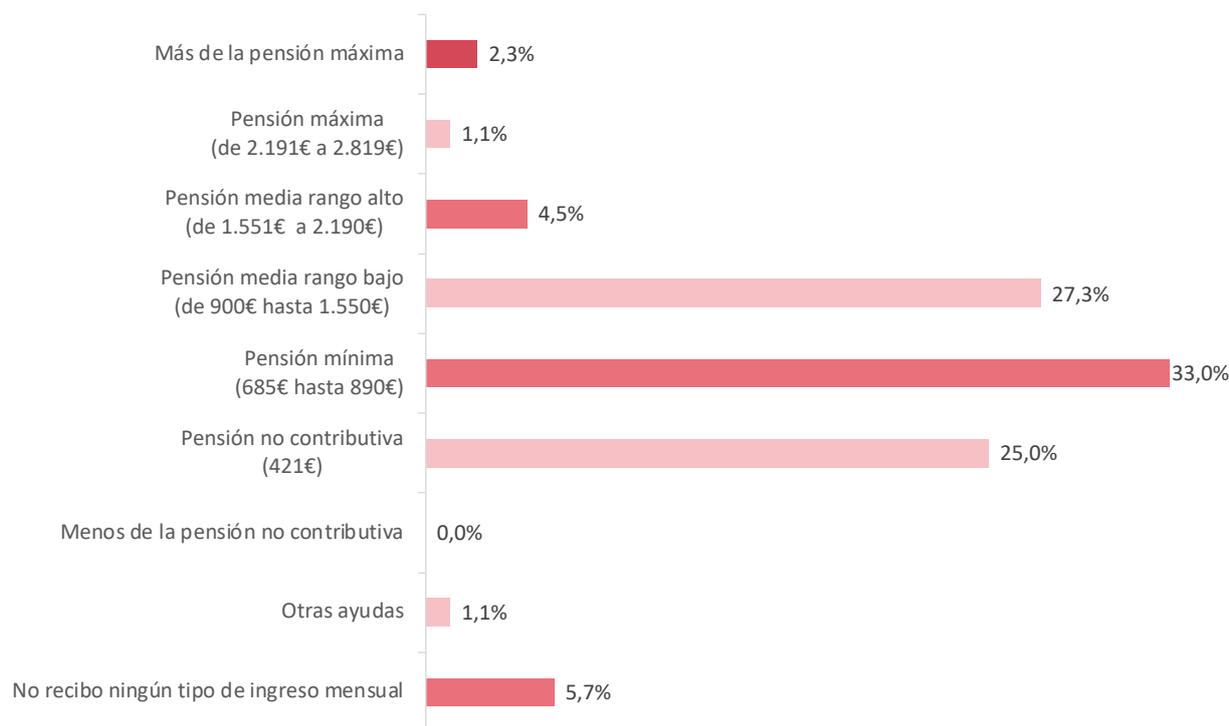
Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.10: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.11: Situación económica de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

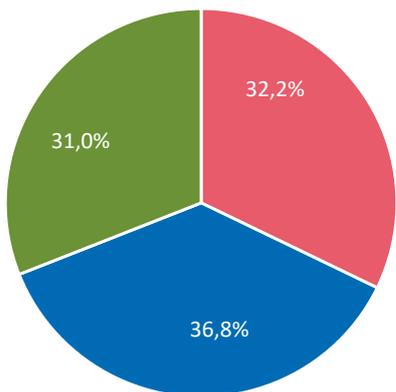
En este subgrupo aumentan aquellas personas entrevistadas que tienen mayor nivel de estudios alcanzados. Se reduce en cambio la categoría de "sin estudios o primarios incompletos" que pasa de un 35,3% en la muestra general a un 28,7% del total de las personas entrevistadas en este subgrupo.

En lo que se refiere a la situación laboral de las personas entrevistadas en este subgrupo se mantiene la distribución de las categorías como en la muestra general, no se aprecian desviaciones significativas. Igualmente en el caso de la situación económica las variaciones identificadas son residuales. Se reduce el porcentaje de personas que perciben la "pensión no contributiva" y aumentan ligeramente las personas que reciben "pensiones medias de rango bajo" y las personas que perciben "más de la pensión máxima".

En lo que respecta al nivel de actividad social y cultural y de ocio se observa cierta reducción del porcentaje de bajo nivel (32,2%), lo que por ende supone un aumento del alto nivel de actividad (31%). Lo que supondría que las personas entrevistadas que reconocieron jugar o apostar con dinero en el último año tienen un nivel de actividad más alto que la media de la muestra general.

La misma tendencia se repite en lo que se refiere al nivel de contacto social de las personas entrevistadas en este subgrupo. El porcentaje de aquellas que tienen bajo nivel de contactos se reduce (44,2%) y aumentan ligeramente el medio (36,8%) y alto nivel (16,8%) de contactos entre las personas del subgrupo de actitudes relacionadas con el juego.

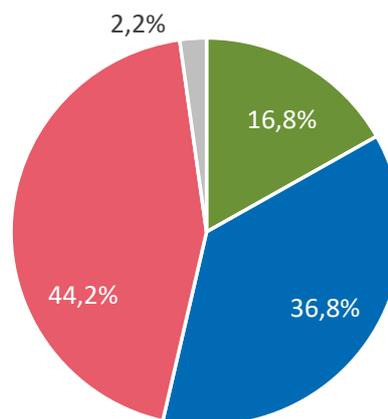
3.6.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo juego.



- Bajo nivel de actividad social, cultural y de ocio
- Medio nivel de actividad social, cultural y de ocio
- Alto nivel de actividad social, cultural y de ocio

Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

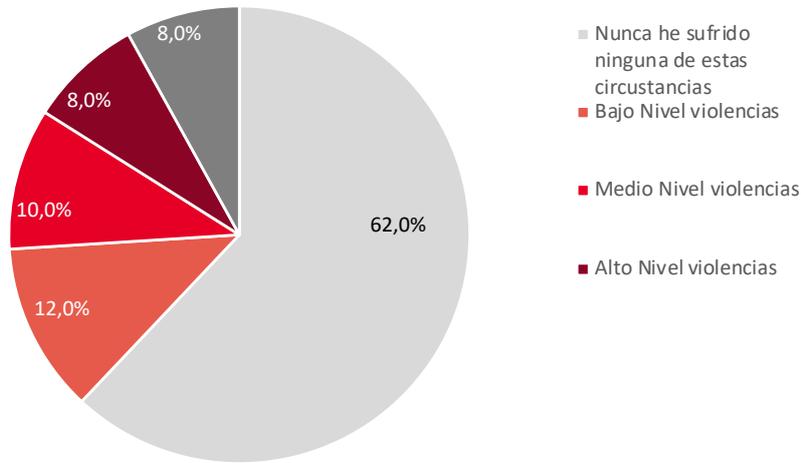


- Alto Nivel contacto social
- Medio Nivel contacto social
- Bajo Nivel contacto social
- Nadie / No tengo contactos

Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

Además sobre el nivel de violencias sufrido por las mujeres entrevistadas en este subgrupo cabe destacar el importante aumento de entrevistadas que se han visto sometidas a alguna de las situaciones de violencia propuestas por el cuestionario. Si en los datos de la muestra general un 21,6% reconocían haber estado sometidas a alguna o varias situaciones de violencia en este subgrupo las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia aumentan hasta el 30% de las entrevistadas que reconocían haber jugado o apostado en el último año.

3.6.14: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

En este subgrupo también se aborda una pregunta de carácter más cualitativo interpelando sobre las motivaciones que llevan a estas personas a jugar o apostar y como ello les hace sentir. En primer lugar las personas entrevistadas en este subgrupo señalan que “Después de perder dinero en las apuestas, ha vuelto a jugar otro día para intentar ganar y así recuperar el dinero perdido”. En segundo y tercer lugar destacan las menciones de “Ha estado nervioso/a o irritada/o cuando ha intentado reducir o abandonar el juego” y “Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito”.

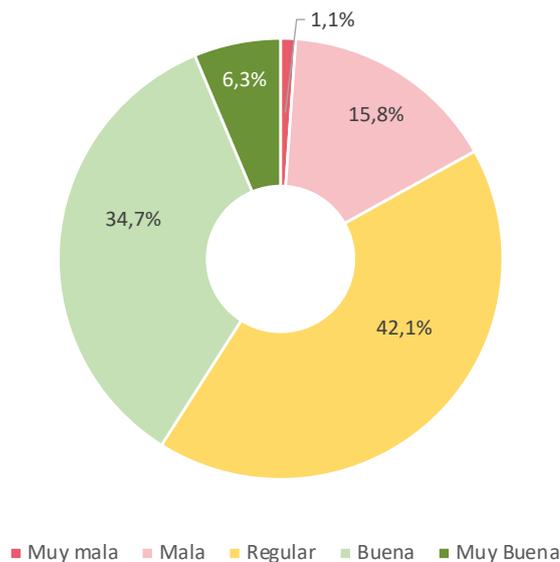
3.6.15: Motivaciones para jugar y/o apostar de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

En lo que se refiere a la autopercepción de salud de las personas entrevistadas en este subgrupo sobre juego los datos indican que es ligeramente peor que en los datos de la muestra general. En este subgrupo un 59% de las personas entrevistadas reconoce tener una salud regular, mala o muy mala, la suma de las mismas categorías en la muestra general apenas alcanzaba el 55%. Concretamente aumentan cinco puntos porcentuales aquellas personas que identifican tener mala salud entre las que reconocieron haber jugado o apostado en el último año.

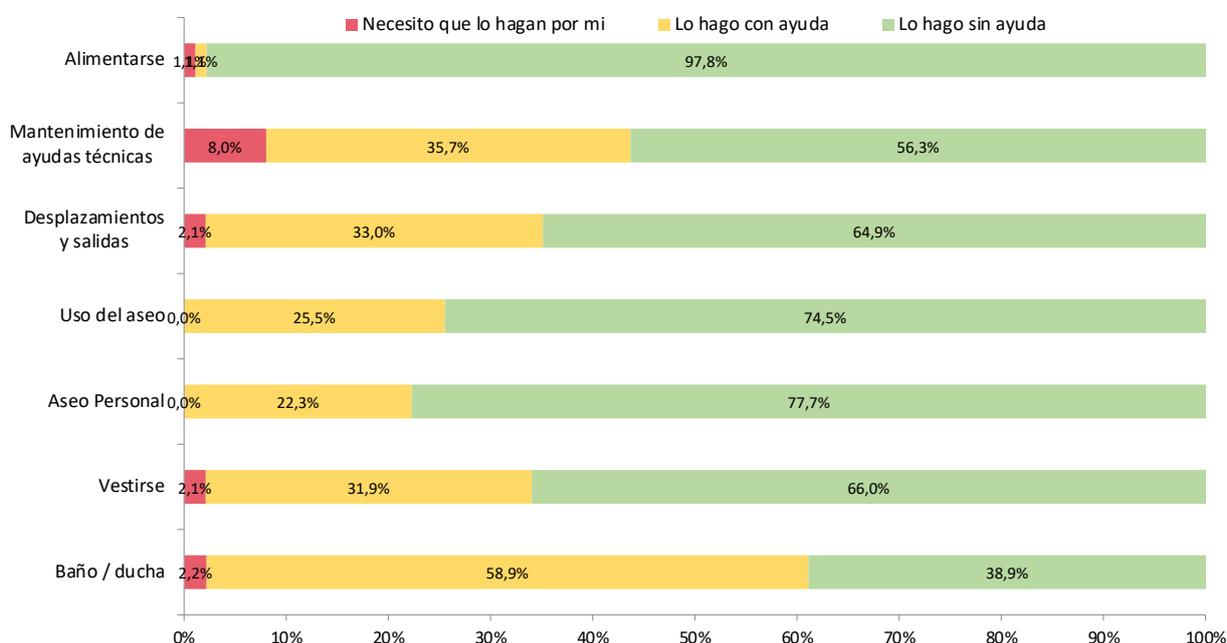
3.6.16: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

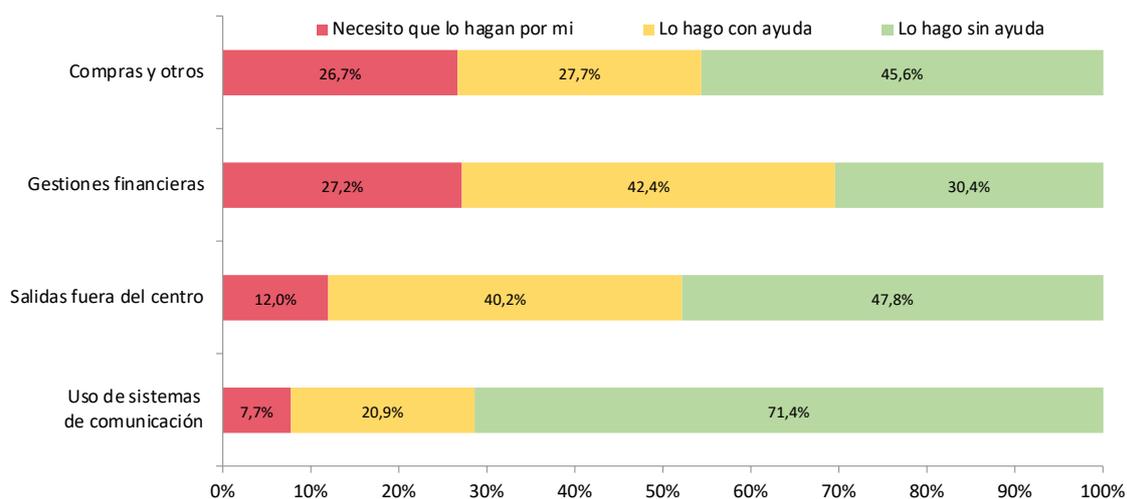
Los gráficos relacionados con el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria reflejan un leve aumento del grado de autonomía cuando comparados con los datos de la muestra general. Todos los porcentajes de la categoría verde de "lo hago sin ayuda" aumentan en el subgrupo de las personas que declaraban haber jugado o apostado en el último año, especialmente en las actividades instrumentales de la vida diaria. Hay dos excepciones, las actividades relacionadas con el mantenimiento de ayudas técnicas y las que tienen que ver con el baño/ducha donde las personas de este subgrupo tienen menor porcentaje verde y en general menor grado de autonomía que los datos de la muestra general.

3.6.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

3.6.18: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Subgrupo juego.

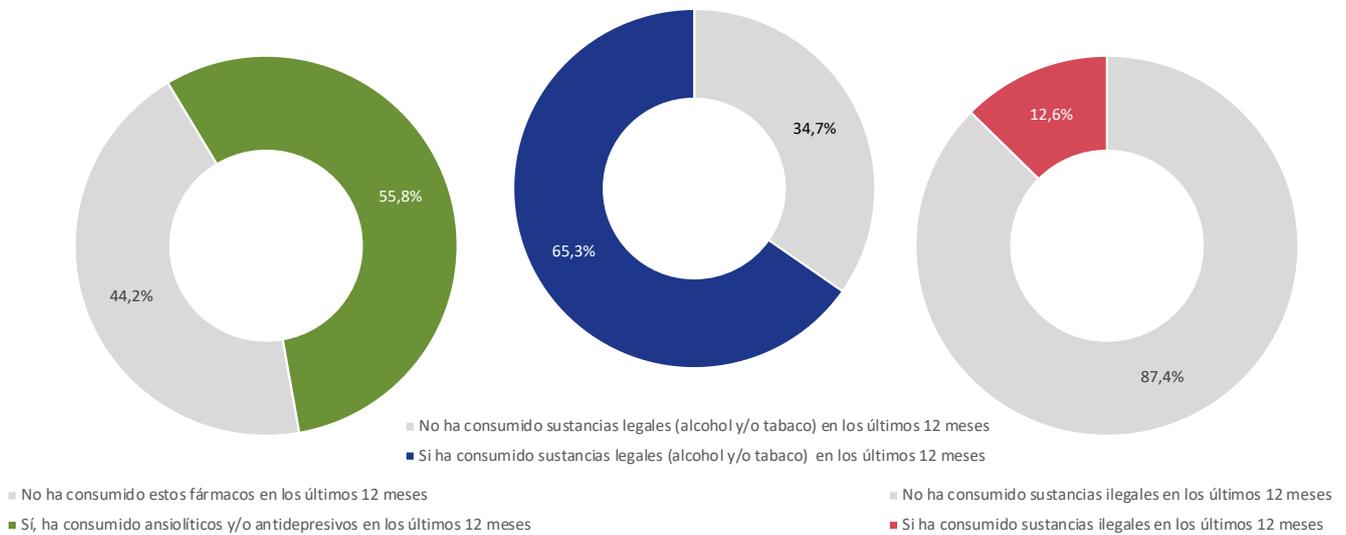


Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

Sobre la incidencia de otros consumos en este subgrupo cabe destacar el importante incremento de consumo de sustancias legales como alcohol y/o tabaco que son consumidas por el 65,3% de las personas entrevistadas en este subgrupo, mientras que en los datos de la muestra general suponían el 52%. También es reseñable el incremento que se produce en el consumo de sustancias ilegales, que son consumidas por el 12,6% de las personas entrevistadas en este subgrupo, mientras que en la muestra general suponían un porcentaje residual del 0,9%.

En cambio en lo que se refiere al consumo de fármacos como ansiolíticos y/o antidepresivos en este subgrupo el porcentaje de personas consumidoras 55,8% mantiene el mismo nivel de incidencia que en los datos de la muestra general 56%.

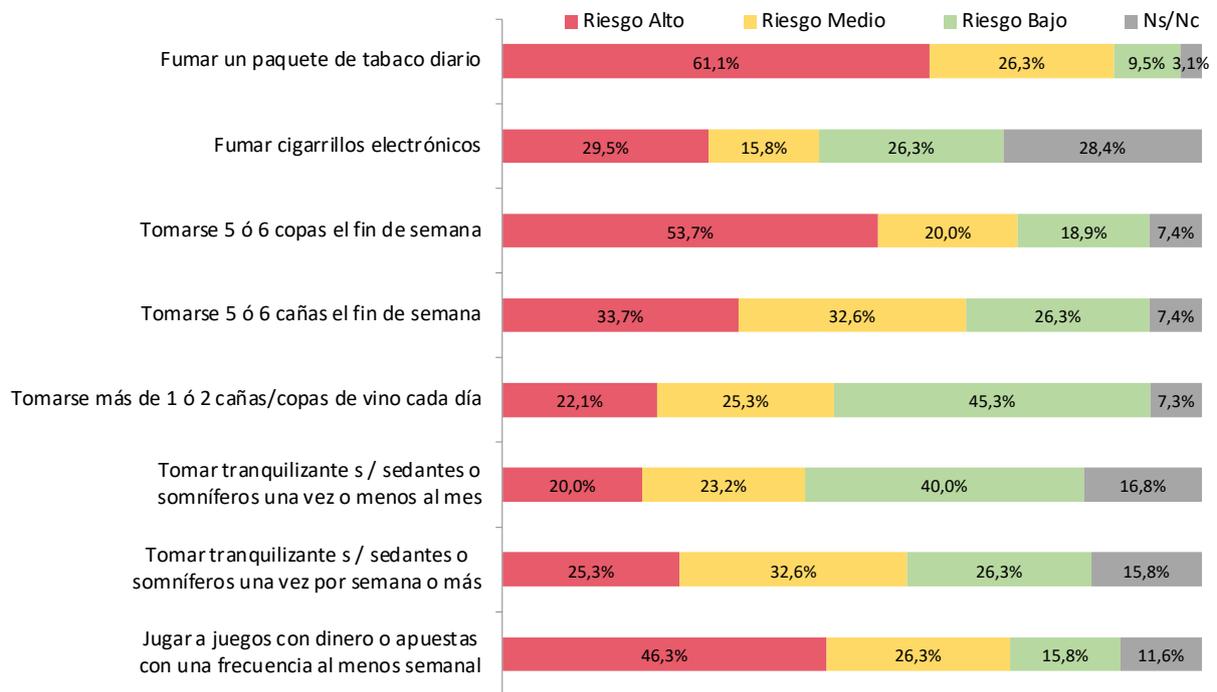
3.6.19: Policonsumo de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

Por último, sobre la percepción del riesgo que suponen determinadas situaciones propuestas por el cuestionario, las personas entrevistadas en este subgrupo tienen menor percepción del riesgo en prácticamente todas las actitudes propuestas, los porcentajes verdes de riesgo bajo aumentan en casi todas las categorías. Mención especial merece lógicamente la variable "Jugar a juegos con dinero o apuestas con una frecuencia al menos semanal" en la que aumenta el porcentaje de aquellos que consideran la problemática específica de este subgrupo como una conducta de riesgo alto.

3.6.20: Autopercepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas. Subgrupo juego.



Base: Datos primarios. Cuestionario HPM-LGU 2022 n=95

4. RESULTADOS CUALITATIVOS

La fase cualitativa de la investigación se desarrolló como complemento a los datos, para poder profundizar en las necesidades del colectivo objeto de estudio. Contando siempre con el asesoramiento del grupo de trabajo, más cercano a la atención directa de estas personas mayores con adicciones, se decidió hacer 4 grupos de discusión temáticos de manera que se cubriera con la parte cualitativa temas adyacentes al colectivo (profesionales que trabaja con el target, entidades y actores políticos que tratan con la problemática) y temas específicos de las personas mayores con adicciones (estigma adicciones y edadismo; perspectiva de género en el tema de las adicciones) que, por su naturaleza, presentaban cierta dificultad para ser abordados por la investigación cuantitativa.

Estos grupos de discusión se llevaron a cabo en centros o recursos de las entidades participantes en el diagnóstico en formato presencial y/o en formato online. Las dinámicas fueron grabadas para poder ser posteriormente analizadas y a continuación se muestran las principales conclusiones de cada una de las dinámicas grupales.

GRUPO DE DISCUSIÓN MAYORES Y ADICCIONES: ESTIGMA

"La edad es un factor determinante para ser excluido, y si se le junta el consumo, ya ni te digo (...)"

El grupo de discusión de personas mayores con adicciones se realizó en CAS Baluard un centro de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) que es una organización no gubernamental y sin ánimo de lucro que defiende los derechos de las personas en situación de fragilidad social. Desde hace 40 años, acompañan a estas personas en diferentes momentos de sus trayectorias vitales individualmente o en grupo y actuando en la comunidad. ABD forma parte de la red nacional de entidades de adicciones (UNAD) y con sus actividades pretende generar autonomía personal y convivencia social desde unos principios éticos, de proximidad y de calidad.

En este grupo de discusión que pretendía poner en valor los testimonios en primera persona de las personas mayores con adicciones participaron cinco personas (cuyas identidades permanecen en el anonimato por expreso deseo de las personas participantes). Participaron 3 mujeres y 2 hombres (grupo compuesto por personas abstinentes y personas en consumo en activo) que acuden a los recursos de dicha fundación y a continuación se exponen las principales conclusiones.

Cuando las personas participantes fueron preguntadas sobre qué suponía para ellos/as la edad, el **hecho de ser mayores**, todas hacían referencia al paso del tiempo y el proceso de maduración [*"pero yo me siento igual que cuando tenía 15, eh! Pero con menos energía (...)"*]. Esta **sensación de no encajar en la imagen de lo que se supone que es una persona mayor era bastante compartida por todas las personas integrantes del grupo** [*"estoy viviendo otra juventud, no tengo sensación de estar viviendo la edad que tengo (...)"*][*"a mí no me han estigmatizado por la edad, pero sí que notas que las chicas que hay ahora que te llaman señora y yo me quedo flipando, ¿señora? Si estoy llevando la misma vida que tu (...)"*].

Hablando de la **edad** y de esa dificultad con encajar se registran discursos de preocupación [*"yo a veces pienso que voy a hacer con 60 años en la calle tío, eso me hace comerme la cabeza, con mi problemática de*

salud, que con 60 años los huesos ya no son los mismos y durmiendo en el suelo, a ver qué hace una (...)”]. Esta pregunta inicial daba paso a otra que tenía relación con los **estigmas** que sufren precisamente por ser personas mayores. [“no es que me haya sentido juzgado, es que me he sentido rechazado por ser mayor, en un lugar que al entrar me dijeron este no es lugar para personas mayores (...)”] [“cuanto más edad menos capacidad, cuanto más edad menos posibilidad (...)”]. Y es ese rechazo el que les hace darse cuenta de la edad que tienen aunque las personas participantes no se sientan como tal [“te sientes como **rechazado**, como un poco enfadado contigo mismo, cuando me han llamado señor y yo ¿me estoy haciendo mayor? ¿me estoy haciendo viejo? Ahí te dan un aviso (...)”]. Aunque muchas de las personas que integraban el grupo de discusión reconocían también sentirse más “atendidos” por el hecho de ser mayores [“la gente tiene más sensibilidad con las personas mayores (...)”]

En la línea de esa mencionada mayor sensibilidad cuando el moderador del grupo les cuestionaba sobre si ser mayor es **una facilidad o un obstáculo** para acceder a recursos [“yo creo que la edad no es un factor que impida acceder a recursos y servicios, yo creo que al revés que te lo facilitan más cuando te ven mayor, en algunos casos, además los profesionales son más atentos, más sensibles (...)”]. Aunque según va avanzando la conversación no todas las personas participantes están de acuerdo en esa supuesta mayor accesibilidad [“pues depende de qué recursos porque hay algunos que los tenemos muy fáciles y otros que son imposibles (...)”]. Y a partir de aquí comienza una reflexión sobre como convergen los dos márgenes, el de ser personas mayores y el de ser personas con adicciones

Por ejemplo en el caso de los **recursos residenciales** les preocupa las dificultades que entraña. [“para alquilar una habitación nos van a mirar pero, con esa edad y esas pintas, no tengo dientes se me nota la adicción en la cara (...)”]. También surge la cuestión del **ámbito laboral** como una de las preocupaciones compartidas por las personas participantes en el grupo que expresan la importancia del aspecto físico [“para buscar trabajo también igual, porque no tengo piños, se me nota la edad, se me nota un poco todo (...)”] pero también reseñan la cuestión de la edad y la experiencia [“para el trabajo afecta mucho la edad, “-usted no da el perfil para eso”, el trabajo lo puedo hacer igual o mejor que alguien joven, pero ellos quieren pagar 3 duros (...)”] y nuevamente aparece el multiestigma en este punto de la conversación [“por la edad te ves rechazado, te ves excluido, pero lo primero que piensa un jefe es “-este me robará para consumir, no vendrá (al trabajo)” (...)”].

Sobre las **diferencias entre ser mujeres y hombres mayores** con adicciones aunque al principio dicen no encontrar demasiadas diferencias más adelante en la conversación van surgiendo conceptos como el de la mayor vulnerabilidad de las mujeres en esta situación [“tienes más riesgo por ser mujer, a que te violen, a que te maltraten, eres mucho más vulnerable (...)”]. Además se retoma en este punto el papel que ejerce la sociedad los prejuicios y los estigmas sobre este grupo de población [“sí que hay diferencia, la gente ve más heavy que una mujer consuma que, que un hombre consuma (...)”].

La conversación sobre este punto llega a su fin cuando una de las personas participantes concluye con una generalización en la que todas están de acuerdo [“la sociedad suele ser muy heavy con los drogadictos (...)”].

Pero cuando se les pregunta sobre las **propuestas** para reducir ese control social y los efectos que los estigmas y prejuicios tienen sobre el colectivo inevitablemente se retoma el tema [“esta sociedad que nos mira por encima del hombro tiene gran parte de culpa (...)”]. Todas las propuestas tienen que ver con estrategias para generar más empatía y más sensibilización en la población [“un poco más de empatía, ponerse en el lugar del otro, yo cada vez que consumo no me lo paso nada bien, para mí no es agradable,

pero tengo esta enfermedad (...)"["que hicieran un curso de sensibilización para saber más sobre las personas con adicciones(...)"].

Para terminar el análisis de este grupo merece la pena destacar una de las afirmaciones de esta parte final en la que una de las personas integrantes del grupo habla sobre la recuperación de las adicciones y el poder que ejerce en ella el control social [*"hay quien quiere salir y sale, quien no quiere y quien queriendo no puede, la sociedad no le deja (...)"*].

GRUPO DE DISCUSIÓN EN CLAVE DE GÉNERO: MUJERES MAYORES Y ADICCIONES

"(...)En las mujeres siempre están peor vistos los vicios"

El grupo de mujeres mayores con adicciones se celebró en la fundación Yrichen que forma parte de la red nacional de entidad de adicciones (UNAD). Yrichen significa espiga y esperanza, fue el nombre que se le dió a esta ONG de drogodependencias sustentada sobre la base del voluntariado que ejerce desde hace más de treinta años su labor de prevención y tratamiento de adicciones con y sin sustancia en Canarias, así como el apoyo a personas y familias que sufren problemas de exclusión social. A través de diferentes áreas, recursos, programas, proyectos y actividades, ofrecen desde la gratuidad y la confidencialidad apoyo directo a personas que sufren problemas vinculados a las adicciones y a la exclusión que esta genera.

En este grupo de discusión que trataba de dar voz a mujeres mayores con adicciones participaron siete mujeres (cuyas identidades permanecen en el anonimato por expreso deseo de las participantes) que acuden a los recursos de dicha fundación y a continuación se exponen las principales conclusiones.

Cuando las participantes fueron preguntadas por las **diferencias en los consumos**, aunque la pregunta estaba formulada para saber las diferencias entre hombres y mujeres con adicciones la discusión se centró en las diferencias entre sus trayectorias como consumidoras. Hablaron sobre si eran más graves o más duros algunos tipos de consumo [*"la problemática es la misma independientemente de la adicción (...)"*]. Relatan que las diferencias se deben más a los contextos y los recursos de apoyo que a los tipos de adicción [*"yo me sentía superior a toda esa gente, porque yo estudiaba, porque yo tenía una familia estructurada, porque yo tenía un techo, yo no me podía comparar a toda esa gente que estaba en la calle (...)"*]. Acaban concluyendo que el problema a nivel psicológico es el mismo en todos los tipos de adicciones con y sin sustancia [*"el problema común es que todas dependemos de algo cuando no estamos bien (...)"*].

Al respecto de las motivaciones que les hicieron **acudir al servicio de atención** las razones alegadas son diversas. Algunas de las participantes mencionan que fue su situación económica la que les hizo darse cuenta de que tenían un problema y que debían buscar ayuda para solucionarlo. Otras señalan a la familia como principal promotora de esa búsqueda de ayuda y a los problemas en el seno familiar como motor de motivación para recurrir a los profesionales de la fundación. Otras en cambio lo achacan al ámbito laboral [*"cuando perdí el trabajo, me di cuenta de que estaba perdiendo la vida (...)"*]. Y algunas otras lo relacionan con momentos clave que les hicieron darse cuenta de que necesitaban ayuda [(cuando le ofrecieron prostituirse para tener más dinero para jugar) *"estaba asustada, no podía perder la dignidad por eso (...)"*]. En general se rastrea la idea de *"haber tocado fondo"* cada una a su manera para haber visto de manera evidente la necesidad de acudir a un recurso profesional de lucha contra las adicciones.

Sobre el tema de las diferencias entre hombres y mujeres con adicciones en los **apoyos** que reciben las participantes lo tienen claro. Cuando se trata del apoyo familiar, de la red de apoyo más cercana apenas se aprecian diferencias [*"si hablamos de apoyo familiar yo creo que no hay diferencias, yo que ahora soy madre no haría diferencias entre mis hijos (...)"*] aunque otra aporta que [*"si nosotras hubiéramos sido hombres toda la familia se vuelca y van con él a todos lados (...)"*]. Pero cuando hablamos de la sociedad el discurso mayoritario versa sobre las diferencias entre los hombres y las mujeres con adicciones [*"está peor visto una mujer en una barra que un hombre en una barra (...)"*]. Al mismo tiempo señalan la mayor sensibilidad de la sociedad hacia una mujer con adicciones que hacia un hombre con adicciones [*"el hombre parece que está ahí porque le da la gana, que es más fuerte pero a la mujer la justificamos más y pensamos habrá tenido una mala vida, a lo mejor el marido la ha castigado (...)"*]. No es la primera vez que sale el tema de la **violencia** relacionado con los consumos en el desarrollo del grupo. A modo de conclusión una de ellas señala que haberlo vivido en primera persona te da otra perspectiva [*"pero vamos que a mí me da la misma pena cuando veo un chico pedir para consumir que cuando veo una chica, porque sé por lo que están pasando (...)"*]. La conversación sobre este tema termina con una afirmación que da paso a la siguiente pregunta [*"donde si hay diferencia es en lo de pedir ayuda, por la vergüenza que sentimos las mujeres (...)"*].

La moderadora del grupo ofrece algunos datos para la reflexión. De cada 100 personas que piden ayuda a la Fundación Yrichen 80 son hombres y a penas 20 son mujeres, las participantes se asombran y señalan que eso no coincide con la realidad de la incidencia de las adicciones que ven ellas en las calles [*"cada vez son más las mujeres que consumen, yo a varias les he dicho que vinieran aquí, que a mí me habían ayudado mucho, pero no acaban de dar el paso (...)"*]

La conversación continúa alabando lo que la entidad ha hecho por cada una de ellas y como sería útil para otras personas con adicciones poder acceder a la ayuda de profesionales de este tipo. También mencionan sus trayectorias por otros centros y recursos que no siempre ha sido tan positiva. Cuando se les pregunta sobre los **obstáculos para acceder a esa ayuda profesional** la mayoría se refiere al coste económico como mayor impedimento [*"si esto llega a ser pagándolo yo no podría venir, ¿tú sabes cuánto cuesta un psicólogo privado? (...)"*]

La última intervención de la moderadora del grupo tiene que ver con animar a las participantes a compartir **propuestas que puedan mejorar** los servicios y la atención que desarrollan los profesionales de los distintos recursos de atención a las adicciones y más concretamente aquellas que tengan que ver con las mujeres. Las participantes señalan a más terapias de soporte como lugar seguro en el que apoyar su recuperación. La moderadora les cuenta que hace un año que la fundación puso en marcha un grupo exclusivo para mujeres para compartir sus experiencias y apoyarse unas a otras y las anima a unirse. Además alguna hace mención a que existan más talleres en los que aprender por ejemplo a usar el ordenador.

GRUPO DE DISCUSIÓN: PROFESIONALES DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES CON ADICCIONES

"Somos un zara que te hacemos un traje a medida (...)"

El grupo de profesionales que trabajan con personas mayores con adicciones se celebró en formato online. A él acudieron una nutrida y diversa muestra de perfiles que desarrollan su actividad laboral cuidando de las personas objetivo de este diagnóstico. Xabier Ferrer (Fundación Salud y Comunidad), Celia Gómez Poveda (presidenta de LARES Euskadi, Fundación Miranda), Jesús Sánchez (Centro de Solidaridad de Zaragoza),

David Gómez Hoyas (coordinador de la unidad de neuropsicología Fundación Miranda), Diego Aranega (ABD) y Jordi Morillo (Comunidad Terapéutica Can Coll).

En este grupo de discusión que se encarga de vehicular las experiencias y necesidades de las personas profesionales que trabajan con personas mayores con adicciones participaron seis personas con diferentes perfiles y a continuación se exponen las principales conclusiones de este grupo.

El grupo comenzó pidiendo a las personas participantes que se presentarán y resumieran en una palabra o una frase lo que supone para ellos **trabajar** con personas mayores con algún tipo de adicción. Las ideas de adaptación y reto fueron las más mencionadas [*"Es una adaptación constante (...)"*] [*"Es un reto personal y profesional (...)"*] [*"Las dificultades son lo que más nos marcan en este espacio (...)"*]. Otros participantes hicieron directamente referencia al colectivo con el que trabajan para referirse a lo que supone su desarrollo profesional [*"Supone trabajar con personas doble o triplemente estigmatizadas si tenemos en cuenta la interacción entre edad-consumo-gènere (...)"*].

En esta parte introductoria surge uno de los **debates** que enfrentó este diagnóstico en el diseño de su metodología. [*"Pero ¿qué entendemos por persona mayor? En este caso las personas con las que trabajamos tienen un proceso de envejecimiento acelerado (...)"*] a lo que Celia Gómez agrega [*"Yo creo que estas personas envejecen de manera diferente con otras patologías, muchas enfermedades asociadas (...)"*]. En seguida surge también una división entre el colectivo al que hacemos referencia y Xabier Ferrer divide en dos las problemáticas concretas [*"Por un lado están los drogodependientes que van envejeciendo y sus problemáticas específicas y por otro las personas mayores que comienzan a hacer un uso y desarrollan una dependencia a una edad avanzada, sobre todo a analgésicos y benzodiazepinas (...)"*]. Estos dos perfiles ya estaban presentes en la investigación desde su diseño.

Sobre el **primero de los perfiles** todas las personas integrantes del grupo coinciden en que es ahí donde se registra el envejecimiento prematuro [*"Vienen con muchos problemas de salud física, incluso incapacidad a edades muy tempranas (...)"*] [*"Personas que en muchos casos muestran un envejecimiento prematuro que no es atendido por el mero hecho de existir consumo, lo que empeora su salud y dificulta aún más un envejecimiento digno y naturalmente evolutivo (...)"*].

Sobre el **segundo de los perfiles** hay más divergencias [*"En las residencias hay menos problemas porque hay un control de la medicación y un control del comportamiento. Puede haber casos puntuales pero lo que nos llega sobre todo es un uso inadecuado de los fármacos (...)"*]. A lo que los perfiles que trabajan en residencias de personas mayores responden que tienen sus propias problemáticas [*"Ese control al que hacéis referencia entra en conflicto con fomentar la autonomía de las personas que residen con nosotros que ha sido tradicionalmente nuestra función (...)"*] [*"Si acogemos a personas que tienen adicciones a sustancias o comportamientos dentro de la legalidad simplemente no tenemos herramientas para controlarlo (...)"*].

Jordi Morillo sintetiza en tres cuestiones las problemáticas que enfrentan las comunidades terapéuticas al tratar con este tipo de perfiles. En primer lugar señala el **escaso apoyo familiar** [*"Nuestros programas generalmente cuentan con el apoyo familiar para poder llevar a cabo las fases de reinserción y en estos casos te encuentras con personas que llegan muy tarde al tratamiento y cuentan con muy poco apoyo familiar. Estamos hablando de nietos o de hijos que se han descolgado por toda una trayectoria problemática. Esto nos dificulta llevar a cabo el programa como estaba previsto (...)"*]. En este punto interviene Celia Gómez para aclarar que en las residencias también han identificado esta problemática [*"Nosotros también hemos*

detectado que cuando llegan el apoyo familiar es poco y cuando es, no es resolutivo o también es insano fomentando recaídas (...)".

La segunda de las puntualizaciones de Jordi Morillo en relación con el trabajo con personas mayores con adicciones en las comunidades terapéuticas tiene que ver con los **objetivos de la etapa de reinserción y sus alternativas** [*"La reinserción es una cuestión totalmente diferente en una persona de 30 años que en una persona mayor. Esa reposición social y laboral no se da y hay que buscar alternativas no laborales porque las personas muchas veces ya no están en condiciones, y con las pocas opciones que se cuenta a nivel de ocio y tiempo libre (...)"*].

En tercer lugar Jordi Morillo apunta al hecho de que las comunidades terapéuticas **son centros sociales y no sanitarios**, y las necesidades de estas personas van más allá [*"Las comunidades terapéuticas no somos centros sanitarios, somos centros sociales y no tenemos la estructura necesaria para poder atender las patologías que vienen acumulando este tipo de personas. Incluso la accesibilidad es compleja a nivel arquitectónico y a nivel de que nuestros centros se encuentran alejados de núcleos urbanos (...)"*].

Cuando se plantea el tema de la **salud y la seguridad en el trabajo**, para saber los riesgos específicos que enfrentan los participantes como trabajadores que tratan con personas mayores con adicciones hay diversas opiniones. Aquellos como Celia Gómez que señalan el reto adicional que supone para las personas trabajadoras [*"Los profesionales de nuestros centros todavía tenemos miedo, no estamos acostumbrados a hablar de estos problemas, conductas y necesidades. Nos genera rechazo (...)"*]. En cambio otros como Xabier Ferrer reseñaban la ausencia de problemática adicional en este aspecto [*"No hay problemas específicos de salud y seguridad en el trabajo, más allá de los que ya hay por la naturaleza de nuestros trabajos. Posibles agresiones o tocamientos también se producen en casos de Alzheimer (...)"*]. Además Diego Aranega coloca otro punto interesante relacionado con la frustración de los profesionales [*"El riesgo tiene que ver con la dificultad de lidiar con problemáticas de largo recorrido que conllevan mucho malestar y dolor, lo que comporta soportar más presión y frustración al ver que "no recibe el que más necesita". Otro riesgo es lidiar con patologías más severas por la evolución y deterioro propio de la edad, lo que ofrece una sensación de indefensión para profesional y persona atendida, produciendo una retroalimentación negativa entre lo que se espera y lo que se puede ofrecer; muy poco por lo que respecta a recursos. (...)"*]. Después de este debate todas las personas participantes concluyen en la necesidad de más formación específica [*"Necesitamos mucha formación y mucha sensibilización, eso es lo mínimo (...)"*] [*"También el intercambio de experiencias entre profesionales, como en este grupo, sobre las buenas prácticas que te funcionan a ti podrían funcionar a mi (...)"*]. En este punto Jesús Sánchez explica brevemente como se organizan para los primeros momentos de aislamiento y protección de las personas que ingresan en la comunidad terapéutica, experiencia que les resulta muy interesante a los compañeros que trabajan en las residencias.

Aprovechando esa experiencia concreta se planteó al grupo que la discusión continuase en torno a las situaciones de convivencia que se producen en los centros en donde se acoge a personas mayores con adicciones, sobre su integración con otros residentes, actividades que realizan,... David Gómez planteaba como el estigma sobre este colectivo dificulta mucho su integración con el resto de residentes [*"Si está aquí siendo tan joven, por algo será, comentan las otras residentes (...)"*]. Jordi Morillo destaca como en las comunidades terapéuticas, una vez superada la integración inicial la inclusión de este tipo de perfiles tiene un retorno positivo para la comunidad [*"Me gustaría destacar los vínculos que se generan entre las personas más mayores y los otros usuarios del centro, con ese rol de respeto hacia los mayores desde el compañerismo. Pensemos que estas personas generalmente vienen de un entorno y una experiencia muy solitaria durante*

muchos años de baja socialización y cuando viven en comunidad se sienten estupendamente, tienen que hacer, espacios para trabajar su realidad, dinámicas muy activas y incluso hacen de ese padre mayor o abuelo con respecto a los demás (...)". En esa misma línea de destacar lo positivo interviene Celia Gómez que destaca una actividad pionera que están llevando a cabo en su residencia, de conocer los municipios de la provincia y con la que se desarrolla una convivencia que acerca a perfiles que en el centro estaban muy distanciados.

Cuestionados por la **clave de género** en general y por las diferencias que aprecian los trabajadores entre los perfiles de mayores con adicciones hombres y mayores con adicciones mujeres se puso de manifiesto una preocupación compartida [*"El proceso de envejecimiento prematuro en las mujeres es algo tremendo. Llegan con mucho tiempo de consumo, una trayectoria de calle sometida a muchísimas violencias (...)"*] [*"Cuando llegan estas mujeres, son el perfil más deteriorado que recibimos en la comunidad terapéutica. Sufren un doble o triple estigma por ser mujeres, consumidoras (...)"*] [*"Las mujeres alcohólicas llegan en una situación, de verdad, dramática con una situación de deterioro realmente preocupante(...)"*] [*"Vienen físicamente muy machacadas pero emocionalmente son las que más devastadas acuden a nuestros centros (...)"*]. También se registró un consenso sobre la mayor dificultad de trabajar con los perfiles de mujeres en esta situación [*"Normalmente es un consumo muy oculto, muy tapado, muy doméstico lo que hace que lleguen muy tarde al tratamiento (...)"*] [*"Esos mandatos de género que implican el rol de cuidadora de la mujer, hace que cuando llegan a nosotros son trayectorias larguísimas de consumo oculto en las que la mentira es algo muy instaurado (...)"*] [*"Es muy difícil la atención directa porque generalmente lo han ocultado u por eso ahora cuesta que lo compartan(...)"*].

El perfil concreto de las mujeres que reciben en los centros lo traza Xabier Ferrer [*"Son generalmente consumidoras de depresores del sistema nervioso, alcohol y benzos, es el perfil más habitual, con lo cual hay muy baja conciencia de enfermedad porque al final se lo ha recetado el médico (...)"*]. Diego Aranega concluye destacando lo que hace a las mujeres más vulnerables [*"Ambos (mujeres y hombres) sufren enormemente las consecuencias del consumo y la edad, que a su vez son consecuencias de problemáticas personales y estructurales (como por ejemplo vivir en la calle), pero sin duda las mujeres sufren más violencia, estigma, deterioro de salud y riesgo vital en general. No solo de manera directa como blanco vulnerable, si no a partir de supuestas protecciones de otros hombres dentro de ese contexto. Si a esto le añadimos la dificultad asociada a la edad en términos de energía y protección propia, nos situamos en el peor de los escenarios (...)"*].

Después la conversación continua con las estrategias que utilizan en los diferentes recursos para atender estas diferencias entre los perfiles de mujeres y hombres mayores con adicciones [*"Los grupos de terapia se diferencian, se hacen grupos de mujeres por un lado porque tienen un perfil muy de víctima, que ha sido abusada, víctima de violencia de género y el perfil de los hombres es casi el contrario, son los maltratadores(...)"*] [*"Nosotros también aplicamos en los grupos perspectiva de género para hombres, porque es tanto o más fundamental que el trabajarlos con ellas (...)"*] [*"Hace tiempo que estamos discriminando positivamente a la hora de poder ingresar a ese perfil de mujeres. Hay que aprovechar el momento en el que toman conciencia y piden ayuda. Nos saltamos la lista de espera porque esos perfiles están en mayor riesgo de exclusión social (...)"*].

Por último, las moderadoras animaron a acabar esta charla con aportaciones que puedan cubrir las **necesidades y propuestas de mejora** para este colectivo específico y de las personas participantes en el grupo como personas que trabajan con dicho colectivo. La mayoría versaron sobre la necesidad de más

estudios para comprender mejor a la población diana [*"Estudios epidemiológicos y sistemas de información que nos permitan tener una idea de la evolución de la problemática que se avecina con las tendencias demográficas actuales (...)"*] [*"Mas información y estudios que colaboren con visibilizar el problema (...)"*] [*"Campañas para la concienciación de la existencia de este colectivo a la población general y profesionales. Los consumidores ya no se mueren, algunos envejecen y hemos de poder respetar una realidad de reducción de daños para cualquier edad (...)"*] [*"Conocer mejor las urgencias y necesidades del colectivo para poder reducir el estigma relacionado con todo tipo de interseccionalidad (...)"*] y también se evidenciaron peticiones concretas a las administraciones publicas [*"Las normativas por las que nos regulamos no tienen muy claro donde ubicar a estas personas con adicciones que envejecen. A veces se les da el alta en salud mental para que regresen a su entorno y no hay entorno al que regresar (...)"*] [*"Hay una incomunicación entre lo social y lo sanitario que es urgente que se resuelva (...)"*] [*"Hacen falta Servicios específicos de convalecencia que acepten el perfil de consumidor o permitan el consumo allí mismo de manera asistida. Hay que poner especial atención al sesgo de género habilitando servicios o espacios que minimicen este impacto (...)"*] [*"También es necesaria una dotación económica mayor para poder generar una estructura eficiente de apoyo y acabar con esa estructura rígida (...)"*] [*"Flexibilidad por parte de las administraciones públicas para desarrollar metodologías innovadoras que obviamente no están dentro de la cartera de servicios generales (...)"*].

El grupo termina con algunas menciones a lo fundamental en estos casos de aplicar un modelo de atención centrado en la persona [*"Es necesario tomar conciencia de la AICP y las necesidades de las personas de las que estamos hablando, y no mantenernos en nuestras propias convicciones (...)"*] [*"Trabajamos para obtener en cada caso el mayor nivel posible de calidad de vida, de inserción social que se pueda obtener, contando con la opinión de la persona interesada cuando está en condiciones de expresarla (...)"*].

ENTIDADES Y ACTORES POLÍTICOS IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES CON ADICCIONES

"Cuando empezamos a trabajar en esto la gente nos decía..."

"Mayores y adicciones ¿pero eso qué es? si eso no existe" (...)"

El grupo de entidades y actores políticos implicados en la atención a personas mayores con adicciones se celebró en formato online. Acudieron diferentes perfiles que desarrollan su actividad laboral en órganos y entidades que atienden al público objetivo de este diagnóstico. Juan José García Ferrer (Director General de Atención al Mayor y a la Dependencia de la Comunidad de Madrid), Luciano Poyato (presidente de UNAD, la Red de Atención a las Adicciones) Maritza Brizuela (Secretaria General LARES) y Javier Martín (Comunicador social experto en adicciones y voluntario de LARES).

Este grupo de discusión se diseñó con el objetivo de presentar los **principales resultados** de la investigación y poder con ello generar un debate sobre las demandas de las entidades, las necesidades de las administraciones públicas y compartir los retos del colectivo de personas mayores en general y personas mayores con adicciones en particular. A continuación se exponen las principales conclusiones de este grupo. En primer lugar se les pidió a las personas participantes en el grupo que abrieran el debate resumiendo en una palabra lo que supone para ellas trabajar con personas mayores y con la problemática de las adicciones en particular. Mientras Luciano Poyato aludía al **reto** que supone este trabajo específico, Maritza Brizuela

hacía referencia a la **experiencia** que aporta el trabajar con personas mayores. Javier Martín reconocía que fue un **descubrimiento** [*en el ámbito académico se habla de la adicción silenciosa (...) además las personas mayores tienen un potencial enorme como vehículo preventivo en el tema de las adicciones (...)*]. Juan José García Ferrer señalaba dos sentimientos contrapuestos [*Si hablamos de trabajar con personas mayores la palabra que lo define es satisfacción, si hablamos de trabajar con mayores con adicciones diría incertidumbre, porque creo que falta mucha información y a los gestores públicos los primeros (...)*].

A continuación se presentó un powerpoint con los principales titulares del análisis cuantitativo de los datos en lo que se refiere a variables sociodemográficas, de autopercepción de la salud, de nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria y sobre la percepción del riesgo de la **muestra general**. Y a continuación se animó a las personas participantes a que comentaran los resultados compartidos. Juan José García Ferrer apuntaba que [*En los servicios públicos las personas que están accediendo a recursos residenciales están bastante más deterioradas funcional y cognitivamente de lo que aparece en estos datos. Entiendo que se debe al peso porcentual de residencias de LARES que acogen a personas en riesgo de exclusión social que pueden tener una dependencia moderada o incluso ser personas válidas, lo que explicaría los altos niveles de autonomía que reflejan los datos (...)*]. Maritza Brizuela reforzaba esta hipótesis apuntando que [*Si probablemente la minoría que aparecen en rojo en autonomía de hecho sean personas con una discapacidad física en la que necesitan ayuda pero que a nivel cognitivo están bien (...)*]. En este punto la moderadora se encargó de recordar que el estudio estaba enfocado a personas de 55 o más años con algún grado de institucionalización pero sin deterioro cognitivo o con un nivel leve de dicho deterioro.

Javier Martín contextualizaba los datos a nivel generacional e histórico [*Los titulares que compartes a nivel sociodemográfico yo creo que hablan un poco del país, de cuál ha sido el contexto histórico. Ese porcentaje elevadísimo de personas sin estudios, con trabajos de baja cualificación, estamos hablando de la población que nació a finales de los años 20 o 30. Seguramente dentro de unos años con la misma edad la realidad reflejada sea diferente (...)*] y continúa [*En cuanto a la percepción del riesgo decir que es un elemento absolutamente subjetivo, que tiene poca relación con la realidad. A esta población nunca nadie les dijo que el alcohol y el tabaco fueran drogas, eso es una concepción mucho más reciente. Es una población que rarísimamente entiende la relación que hay entre un medicamento y que eso pueda tener carácter adictivo, para ellos los medicamentos es algo bueno y las drogas es algo malo (...)*].

Luciano Poyato escoge destacar otros de los datos mencionado en las variables expuestas, los que tienen que ver con el nivel de socialización de las personas entrevistadas [*Especialmente preocupantes me parecen los datos de bajo nivel de actividad y bajo contacto social. Las personas mayores de las que hablamos son personas que llevan ya una adicción de mucho tiempo y que no tienen mucha más alternativa, se han convertido en una población cronicada (...)*]. En esta reflexión sobre quien compone la población objeto de la muestra el presidente de UNAD puntualiza [*Una cuestión es la población de personas mayores que ya ha cronicado la adicción y por lo tanto necesitan una atención continua y lo que serían nuevos casos con problemas de drogas que lo demandan por primera vez, que han empezado a consumir recientemente (...)*]. En esta misma línea la moderadora explica que ya en el diseño de la investigación se tuvieron en cuenta estos dos perfiles bien diferenciados dentro del mismo colectivo.

Una vez abordadas estas primeras impresiones sobre la muestra general, se explicó a las personas participantes en este grupo la decisión metodológica de haber creado **cuatro subgrupos específicos** para entender mejor sus características sociodemográficas. Se abordó entonces un resumen de los principales titulares de cada uno de los subgrupos, personas consumidoras en el último año de sustancias legales, de sustancias ilegales,

de farmacología y con actitudes relacionadas con el juego. Sobre el debate que generaron los datos de estos subgrupos a continuación se muestran algunos verbatim interesantes que pueden aportar al debate. Maritza Brizuela comentaba el origen de las entrevistas de personas consumidoras de sustancias ilegales [*"Por la edad media que estoy viendo en los diferentes subgrupos me llama la atención la baja edad media de las personas consumidoras de drogas ilegales, que entiendo que están mayoritariamente en recursos de UNAD, porque con 62 años no están en residencias de LARES (...)"*].

Por otro lado Juan José García Ferrer ponía el foco en los datos del subgrupo de farmacología [*"Hay que diferenciar aquí quien entra nuevo a la adicción por decisión propia o quien viene derivado de alguna manera por la prescripción farmacológica, porque yo creo que hay muchas situaciones involuntarias, que a veces yo creo que incluso con las familias hay mucho que hablar en este tema (...) y la polimedicación y la interacción entre medicamentos es algo que es especialmente relevante y yo percibo que cada vez hay un mayor problema de coordinación en lo que a este aspecto se refiere. Esto está también muy relacionado con el tema de las sujeciones farmacológicas, porque una vez que una persona mayor tiene grandes niveles de fragilidad entra en unos niveles de aceptación de la sedación o de la evitación del dolor que luego es muy difícil recuperar la movilidad y la funcionalidad intentando llevar un proceso de retirada de la medicación (...)"*]. Sobre el consumo de sustancias legales el Director General de Atención al Mayor y a la Dependencia de la Comunidad de Madrid señala que [*"mi percepción desde la intuición, es que la persona mayor que empieza a sentir fragilidad como esa antesala a la dependencia suele cuidarse bastante del consumo incluso de las sustancias legales. Y luego, está claro, la persona mayor que está en un contexto en el que todavía no percibe la fragilidad en un momento dado es cuando pueden producirse los abusos y en un contexto social muy vinculado a la soledad no deseada, el aburrimiento... (...)"*]. Además, en este sentido añade una puntualización interesante [*"yo veo una prevalencia del consumo de alcohol en personas validas en residencias de mayores cuando en esa residencia lo que hay es muchas personas en situación de dependencia y es que tiene que generar una depresión muy grande que el 70% de la gente que tienes a tu alrededor tengan grandes dependencias o demencias. Personas por ejemplo que llegan por amor, por acompañar al cónyuge y que desde las administraciones no estamos dando una adecuada respuesta (...)"*]. Javier Martín señala a los datos de policonsumo como reflejo de una realidad de descoordinación [*"hay que destacar los datos de policonsumo o interacciones que aparecen y qué reflejan la descoordinación entre el ámbito social y el ámbito sanitario o psiquiátrico, hay personas que van de una red a otra y se trabaja muy poco conjuntamente (...)"*]. Además Javier Martín señala a la escasez de datos como una de las principales problemáticas [*"los datos muestran un sesgo importante de donde se recogen. Probablemente en los centros LARES ya no se admita a gente con consumo activo. Pero es lo que tenemos y la escasez de datos sobre el consumo en personas mayores no nos deja hacer un análisis más completo aunque sea urgente y necesario pues ahora nos está llegando a los centros de mayores toda esa población de los programas de reducción de daños que lograron frenar los altos datos de mortalidad vía sida y consumo de drogas (...)"*].

Maritza Brizuela retoma la palabra para aportar la necesaria perspectiva de género con la que mirar estos datos [*"hay que entender estos datos en su contexto y cómo el porcentaje de mujeres es mucho más alto me gustaría destacar que a nivel cultural y por la edad media de la muestra las mujeres estaban mediadas por esta imagen cultural de que no se podía fumar ni beber o que no estaba permitido hacerlo. Hay un sesgo importante vinculado al género que hay que tener en cuenta porque en el tema de la farmacología se sabe que está más vinculado a las mujeres (...)"*]. Además aprovecha su intervención para aportar a otro de los debates expuestos por los compañeros participantes [*"también quería subrayar el tema de la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios. Todo lo que tiene que ver con sujeciones químicas que están prescritas por un médico que es el que decide y estos profesionales no siempre están coordinados ni siquiera*

dentro del ámbito sanitario (...)"].

Luciano Poyato agrega sus comentarios sobre el subgrupo farmacología y el subgrupo relacionado con el juego [*"en el perfil de farmacología sería interesante profundizar más para ver realmente quién lo necesita y quien no y se le puede retirar (...)"*][*"el tema del juegos me llama la atención y pienso en por qué juegan estas personas si el dinero ya no es importante cuando la esperanza de vida no es muy larga, habría que ver si es porque les falta ocupación o alternativas de ocio y tiempo libre (...)"*].

En última instancia se pide a las personas participantes en el grupo que compartan propuestas de mejora y retos urgentes del colectivo entre las que destaca sobre las demás la **necesidad de más investigación y más formación** sobre los problemas específicos de las personas mayores con adicciones. En esta misma línea se habló de la utilidad de abrir el abanico en este tipo de estudios y no centrarlo solo en las personas residentes de las entidades participantes si no en otros centros de mayores o incluso en mayores que residan en domicilios para conocer mejor la extrapolación de este primer acercamiento a la población general. [*"habría que conocer más y mejor de lo que estamos hablando para formular políticas públicas y saber si se trata de generar más recursos o incluso generar espacios afines en los recursos ya existentes para integrar y dar una atención en función de las necesidades específicas a estas personas (...)"*].

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Este documento *Personas mayores y adicciones: un diagnóstico de LARES y UNAD con perspectiva de género* ha pretendido hacer una primera aproximación al fenómeno de las personas mayores y sus hábitos de consumo de sustancias potencialmente adictivas o comportamientos que entrañan ese riesgo y ha prestado especial atención a la realidad de las mujeres invisibilizadas en este colectivo que combina cuando menos dos estigmas, el de envejecer y el de tener algún tipo de adicción.

Para conformar la muestra del estudio se ha considerado a la población de 55 y más años, teniendo en cuenta el envejecimiento precoz que se produce entre las personas mayores que han venido consumiendo sustancias a lo largo de su vida. Otra característica de la muestra es que las personas incluidas tenían algún grado de institucionalización en las entidades participantes de este diagnóstico. Aun así, solo se entrevistó a personas mayores en estas condiciones que no tuvieran apenas deterioro cognitivo.

El análisis contempla un abordaje mixto con técnicas cuantitativas y cualitativas para poder hacer una radiografía más completa del fenómeno social estudiado. La componente cuantitativa del estudio distribuyó un cuestionario sobre los hábitos de estas personas mayores cuyos resultados fueron tratados mediante un análisis descriptivo. La componente cualitativa consistió en la realización de dinámicas grupales o *focus group* para, en primer lugar, dar voz a las personas protagonistas de esta historia, hablando de temas más sensibles que los recogidos por los datos como son los tabúes o estigmas que enfrentan o la experiencia de mujeres mayores con adicciones. Esta parte cualitativa abordó además entrevistas a personas profesionales que trabajan día a día con el colectivo estudiado y a entidades y actores políticos que vehiculan las demandas y necesidades del colectivo.

Con respecto a la parte cuantitativa de la investigación es preciso señalar que, en primer lugar, fue abordado un análisis descriptivo de la muestra general. En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis únicamente de los datos de las mujeres participantes para poder tener conclusiones específicas sobre este grupo. Y en tercer y último lugar se abordó la creación de cuatro subgrupos, filtrando por aquellas personas que reconocían haber consumido sustancias, tomado fármacos o jugado/apostado en el último año. A partir de los resultados se exponen a continuación las principales características del perfil de la muestra.

La muestra general refleja un perfil en el que las mujeres suponen el 60% del total de personas entrevistadas. Un 80% de los cuestionarios se realizaron en centros LARES y un 20% en recursos de UNAD. Un 83% de las personas entrevistadas estaban en centros residenciales y en un 55,2% ocupaban plazas privadas. Y la mayoría habían vivido gran parte de su vida en núcleos urbanos 52,3%. Un 49,8% habían enviudado y un 26,5% eran personas solteras. En un 43,1% de los casos tenían bajos niveles de actividad social y de ocio y un 47,5% presentaban bajo nivel de contactos sociales estrechos. Un 32,2% de las personas entrevistadas tenían completados hasta el nivel primario de estudios, pero un 35,3% no tenía estudios o no había completado ese nivel. En relación con ello un 44,8% tienen o han tenido trabajos de baja cualificación, y un 25,2% se han dedicado al trabajo doméstico. Un 32,1% cobran la pensión mínima y un 31% la pensión no contributiva. Para la edad media de la muestra de 79,35 años la mayoría de las personas entrevistadas muestran alto grado de autonomía en las actividades de la vida diaria y cuando se les pregunta por la autopercepción de su salud un 44,9% considera que es buena o muy buena.

En cuanto al perfil de las mujeres entrevistadas es el de mujeres nacidas en España, con una media de edad alta (83,11 años) que han vivido gran parte de su vida tanto en entornos urbanos como rurales. En la actualidad ocupan mayoritariamente plazas privadas en centros de tipo residencial. La mayoría de las mujeres tienen estudios primarios y unos ingresos mensuales en el rango entre los 421€ y 890€. En relación con la ocupación del tiempo libre, la mayoría de las mujeres realizan actividades de manualidades, destacando, en general, un nivel de actividad sociocultural medio. Por otro lado, las personas con las que habitualmente mantienen contacto son en su mayoría hijas e hijos, seguido de nietas y nietos. En lo que se refiere a las situaciones de violencia, el 21,6% de las entrevistadas ha sufrido alguna vez algún tipo de violencia por parte de su pareja.

La mitad de las mujeres encuestadas perciben su salud física como regular, mala o muy mala. El grado de autonomía de las mujeres participantes en el estudio revela mayor grado de independencia en actividades relacionadas con el autocuidado personal, pero menor autonomía en aquellas que tienen que ver con gestiones o salidas. Destacan muy bajos niveles de consumo de sustancias potencialmente adictivas, siendo el café seguido por el vino o cerveza lo que más consumen las mujeres encuestadas por encima de otros como tabaco o combinados. A nivel farmacológico, más de la mitad de las mujeres afirma tomar medicación para el estado de ánimo y hacer uso de ansiolíticos, seguido por los antidepresivos. También es relevante señalar que el 76% de las entrevistadas ha tomado analgésicos en los últimos 12 meses.

El 52% de las personas entrevistadas reconoció haber consumido alcohol y/o tabaco en los últimos 12 meses y ellos constituyen el subgrupo sustancias legales. Este subgrupo tiene una edad media de 74,18 años y un 55,2% de las personas que lo forman son hombres. Tienen mayores niveles de actividad y contacto social estrecho y, aunque muestran peor autopercepción de su estado de salud, tienen mayor grado de autonomía en las actividades de la vida diaria. En lo que se refiere al policonsumo un 18,1% de las personas entrevistadas en este subgrupo consumieron sustancias ilegales en el último año, un 55,2% había tomado fármacos y un 53,4% había jugado o apostado en los últimos 12 meses.

El 9,8% de las personas entrevistadas reconoció haber consumido alguna o varias sustancias ilegales en el último año. Este subgrupo presenta una edad media más joven, 62,50 años y en un 77,3% de los casos son hombres. El porcentaje de zonas urbanas aumenta mucho entre esta población, hasta el 85,7% de los casos y también crece el porcentaje de personas nacidas fuera de España 22,7%. Un 54,5% de las personas entrevistadas en este subgrupo eran solteros/as. Ninguno de las personas participantes tenía estudios universitarios en este subgrupo y un 40% estaban en paro. Además, un 13,6% reconocía no tener ningún contacto social estrecho. En lo que se refiere al policonsumo un 95,5% de las personas entrevistadas en este subgrupo consumieron sustancias legales en el último año, un 77,3% había tomado fármacos y un 54,5% había jugado o apostado en los últimos 12 meses.

El 56% de las personas entrevistadas reconoció haber tomado fármacos como ansiolíticos y/o antidepresivos en el último año. Este subgrupo de farmacología tiene una edad media de 78,70 años y un 64% de las personas que lo forman son mujeres. Los porcentajes de este subgrupo son similares a los del perfil de la muestra general, por suponer más de la mitad de las personas entrevistadas en total. Destaca que tienen bajos niveles de percepción del riesgo de conductas adictivas. En lo que se refiere al policonsumo un 51,2% de las personas entrevistadas en este subgrupo consumieron sustancias legales en el último año, un 13,6% sustancias ilegales y un 42,4% había jugado o apostado en los últimos 12 meses.

El 42% de las personas entrevistadas reconoció haber jugado y/o apostado en el último año. Este subgrupo tiene una edad media de 78,23 años y un 52,6% de las personas que lo forman son mujeres, suponiendo así el grupo más equilibrado en lo que a sexo se refiere. Muestran mejores niveles de situación económica, menor percepción del riesgo y mayor grado de autonomía. En lo que se refiere al policonsumo un 65,3% de las personas entrevistadas en este subgrupo consumieron sustancias legales en el último año, un 12,6% sustancias ilegales y un 55,8% había consumido fármacos en los últimos 12 meses.

Los resultados del ámbito cualitativo de la investigación colaboran en este capítulo a la construcción de una serie de propuestas que permitan afrontar de manera más eficiente los retos urgentes que presentan las personas mayores en general y las distintas maneras de envejecer en particular.

En la dinámica grupal, que ofrecía espacio para que las personas mayores con adicciones hablasen de los tabúes y estigmas que enfrentan, se descubrió que la edad no siempre era un factor negativo. Señalaban que la sociedad es más empática con ellas/os por el hecho de ser mayores, contaban la mayor sensibilización de los profesionales hacia sus casos y de la oportunidad de tener nuevos recursos disponibles. También acusaban sentirse rechazados por ser mayores (estigma) y eso es lo que les hace darse cuenta de la edad biológica que tienen. Pero cuando se les preguntaba por propuestas para mejorar su situación muchas de ellas tenían que ver con estrategias para generar más empatía y más sensibilización en la población general, además de sugerir la creación de recursos específicos para sus perfiles en el ámbito residencial y en lo relacionado con el ámbito laboral.

En todas las dinámicas grupales el tema de la mayor vulnerabilidad de las mujeres ha estado presente. Mujeres que acusan más el envejecimiento precoz después de una larga trayectoria de consumos, pero también mujeres que emocionalmente acuden a estos recursos devastadas por la intersección entre consumos, edad y violencias de todo tipo. Además, los mandatos de género que atribuyen a las mujeres los cuidados acaban haciendo que oculten sus problemáticas y que pidan ayuda mucho más tarde que los hombres. En esta línea también destaca la baja conciencia de enfermedad y la poca percepción del riesgo en esa correlación entre polimedicación y género. Cuando se les preguntó a las protagonistas de la dinámica grupal por propuestas para mejorar su situación muchas hicieron referencia a las terapias de apoyo psicológico y a la necesidad de que espacios como ese aumenten en tiempo y frecuencia. También pusieron en valor la existencia de recursos como los que ofrece la fundación donde se reunían, como lugar seguro para apoyar su recuperación y otorgaban mucha importancia a la gratuidad de los mismos.

Como ya ha sido mencionado, al aumentar la esperanza de vida, la supervivencia de las personas que han sufrido o sufren adicciones también crece, son personas con adicciones que envejecen y por lo tanto es evidente que se necesitarán recursos específicos, recursos compartidos con profesionales preparados y concienciados para trabajar con población mayor con algún tipo de adicción.

En este sentido destaca la **necesidad de crear protocolos específicos en las entidades que trabajan con personas mayores que colaboren en la detección de comportamientos adictivos y que ajusten la atención a las necesidades específicas de estas personas.** Existe también una necesidad de adaptar los recursos para personas drogodependientes a las personas usuarias que van envejeciendo. Esta adaptación debe de hacerse desde una perspectiva integral, de las trayectorias de reinserción que deben ser reformuladas para las personas mayores, de las necesidades específicas de este colectivo o incluso de las barreras arquitectónicas para garantizar la accesibilidad.

Una de las más importantes conclusiones de esta radiografía inicial de las personas mayores con adicciones es la necesidad de fomentar el estudio y la investigación en este ámbito para aportar luz a una realidad que va a ir ganando más y más peso en los próximos años. Es fundamental conocer mejor las diferentes maneras de envejecer presentes en la sociedad y aprender a identificar actitudes que en la vida diaria pueden suponer una adicción, aunque no se reconozca como tal. Es preciso que las futuras investigaciones apliquen una perspectiva de género, fundamental para el conocimiento y tratamiento integral de la problemática. Es necesario conocer mejor la realidad de las personas que envejecen con algún tipo de adicción para que las políticas públicas atiendan sus necesidades específicas.

Desde las administraciones públicas es necesario reconocer que el trabajo con estas personas debe de ser interdisciplinar entre profesionales del ámbito de las drogodependencias, de la geriatría y de la atención primaria y establecer circuitos entre los diferentes servicios asistenciales que atienden a esta población, para reflejar así la interseccionalidad del fenómeno social.

La formación a los profesionales es también primordial, así como la inclusión del envejecimiento y consumo de drogas como eje transversal en los diferentes currículums formativos de profesionales sanitarios y sociales, con el objetivo final de generar programas y servicios que den una atención integral y un mejor tratamiento a las personas con adicciones de edad avanzada. Y no solo formar sino también concienciar a los profesionales, para que los sanitarios hagan un seguimiento estrecho de la medicación que toma una persona mayor, para que se atienda a la especial necesidad de tratamiento psicológico que presentan estos perfiles, para poder ofrecerles alternativas de ocio y tiempo libre en las que ocupar su tiempo, etc.

En resumen, el objetivo de este diagnóstico ha sido contribuir a desvelar una problemática creciente como es la de las personas con adicciones que envejecen. Y con ello contribuir a un nuevo modelo de cuidados que se está gestando y que es fundamental que sea interseccional y centrado en la persona y en las diferentes maneras de envejecer.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., y Pujol, R. (2018). Informes Envejecimiento en red no 17. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Madrid.

<https://envejecimientoenred.csic.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2018-indicadores-estadisticos-basicos/>

ACNUDH/OMS. (2008). El derecho a la salud, Folleto informativo N.º 31,

<https://ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS. (2015). INFORME DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

<https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>

ARP (2010) Loneliness among older adults: a national survey of adults 45+.

https://assets.aarp.org/rgcenter/general/loneliness_2010.pdf.

Baena JM, Gorroñoigoitia A, Martín I, De Hoyos M, Luque A, Litago C, et al.(2007). Actividades preventivas en los mayores mayores para mejorar la prescripción farmacológica en las personas mayores. Aten Primaria. N°39(Supl 3):109–22.

Actividades preventivas en los mayores (elsevier.es)

Bennett, KM y Victor, C (2012). 'He wasn't in that chair': what loneliness means to widowed older people. International Journal of Ageing and Later Life, 7(1): 33-52. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.127133>.

Blackpool, Gjøvik, y Tokyo (2018). Loneliness is a serious public-health problema. [The Economist]. Recuperado a partir de:

<https://www.economist.com/international/2018/09/01/loneliness-is-a-serious-public-health-problem>.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (1998). La soledad de las personas mayores (Estudio 2.279). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2260_2279/2279/es2279mar.pdf

Fundación HelpAge International España y el Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. (2020). La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos..

Informe de HelpAge España: La discriminación por razón de edad en España | HelpAge España

INE (2021). Indicadores de Estructura de la Población. Recuperado a partir de:

<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1417>.

IMSERSO. (2018). Informe 2018. Las personas Mayores en España. Madrid. Recuperado a partir de

https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2021/06/informe_ppmm_2018.pdf

Juan M. Téllez-Lapeira, Jesús López-Torres Hidalgo, Luis Gálvez-Alcaraz, Ignacio Párraga-Martínez, Clotilde Boix-Gras, Antonio García-Ruiz, (2017) Consumo de ansiolíticos e hipnóticos y factores asociados en las personas mayores, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Volume 52, Issue 1, Pages 31-34, ISSN 0211-139X,

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.007>

Klinenberg, E (2018). Is Loneliness a Health Epidemic? [New York Times]. Recuperado a partir de: <https://www.nytimes.com/2018/02/09/opinion/sunday/loneliness-health.html>.

Linde, P. (2022). Mayores enganchados a los tranquilizantes: España es el país con más consumo de benzodiacepinas del mundo [El País]

<https://elpais.com/sociedad/2022-02-27/mayores-enganchados-a-los-tranquilizantes-espana-es-el-pais-con-mas-consumo-de-benzodiacepinas-del-mundo.html>

Mahler, Claudia. (2020) Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad. (UN)

<https://undocs.org/es/A/75/205>

Martín Nieto, Javier (2021) Protocolo de identificación de problemas asociados al consumo de drogas y a comportamientos adictivos en personas mayores que viven en residencias. LARES.

<https://www.lares.org.es/comunicacion/noticias/noticias-lares/19-demo/1106-personas-mayores-como-agentes-preventivos-2.html>

Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (2022) Los Derechos De Los Mayores. Número: 145

<https://revistatiempodepaz.org/revista-145/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Informe Mundial sobre el Edadismo.

Global report on ageism (who.int)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

<https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

PÉREZ DÍAZ, Julio; RAMIRO FARIÑAS, Diego; ACEITUNO NIETO, Pilar; MUÑOZ DÍAZ, Carlos; BUENO LÓPEZ, Clara; RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián; FERNANDEZ MORALES, Isabel; CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, de las OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia; Villuendas Hijosa, Begoña (2022). "Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 29, 40p. [Fecha de publicación: 30/09/2022].

Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos - EnR (csic.es)

Santos Pérez, M.I. (2017) Predictores de polimedicación, uso de medicamentos potencialmente inapropiados y fármacos psicotrópicos en ancianos (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid.

TESIS-1725-201005.pdf (uva.es)

SG Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017) Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)

SALUD_MENTAL.pdf (sanidad.gob.es)

UE. European Commission (2021) LIBRO VERDE SOBRE EL ENVEJECIMIENTO - Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones.

<https://epale.ec.europa.eu/es/resource-centre/content/libro-verde-sobre-el-envejecimiento-fomentar-la-solidaridad-y-la>

ANEXO 1

Mayores y adicciones – Cuestionario Residentes

Buenos días/ tardes, soy (XXX) y estoy realizando un cuestionario para conocer las necesidades de las personas mayores y poner en primera línea sus reivindicaciones. Contestar a estas preguntas solo le tomará algunos minutos y supondrá dar voz a personas como usted e historias como la suya.

Antes de empezar puntualizar que esta encuesta es totalmente anónima y que los datos que recoja serán tratados de manera agregada. Información sujeta a secreto estadístico y al Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

* Respuesta Obligatoria

Características de la institucionalización

1.Comunidad Autónoma del centro o residencia *

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Illes Balears
- Islas Canarias
- Cantabria
- Castilla y León
- Castilla-La Mancha
- Cataluña
- Comunitat Valenciana
- Extremadura
- Galicia
- Comunidad de Madrid
- Región de Murcia
- Comunidad Foral de Navarra
- País Vasco
- La Rioja
- Ceuta y Melilla

2. Provincia

3. Localidad

4. Tipo de Centro *

- Centro residencial
- Centro de día
- Centros de atención primaria
- Comunidades terapéuticas
- Centros de Salud Mental
- Centro de Atención y Seguimiento a la Drogodependencia (CAS)
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras opciones

5. ¿Qué tipo de plaza ocupas en el centro? *

- Privada
- Pública
- Concertada (cheque servicio)
- No aplica / No "ocupa" ninguna plaza en un centro
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras

6. Nombre del centro

Sociodemográficas

A continuación voy a realizarle algunas preguntas de clasificación sociodemográfica, aunque le recuerdo que el cuestionario es totalmente anónimo..

7. Sexo *

- Mujer
- Hombre
- Otras

8. ¿Ha nacido usted en España? *

- Si
- No

9. ¿Dónde ha vivido la mayor parte de su vida? *

- Zona urbana (mas de 10.000 hab.)
- Zona semi urbana (de 2.000 a 10.000 hab.)
- Zona rural (menos de 2.000 hab.)
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

10. Año de nacimiento

- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

11. Estado civil *

- Soltera/o
- Casada/o y Pareja de hecho
- Separada/o y Divorciada/o
- Viuda/o
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

12. Nivel estudios alcanzado *

- Sin estudios o estudios primarios incompletos
- Estudios primarios completos
- Estudios secundarios 1ª etapa
- Estudios secundarios 2º etapa
- Estudios universitarios
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras

13. Nivel actividad social cultural y ocio - Marque todas las actividades que realice habitualmente*

- Plantas y Jardinería
- Actividades deportivas
- Juegos impresos (sudoku, sopas de letras, autodefinidos, otros)
- Actividades en grupo (senderismo, cultural, bailes, otros)
- Actividades culturales (cine, teatro, museos, conciertos...)
- Lectura (novelas, relatos, etc)
- Lectura del periódico
- Juegos de mesa (ajedrez, cartas, dominó, parchís, otros)
- Escritura (relatos, autobiografía, etc)
- Manualidades (pintura, punto, carpintería, otros)
- Juegos de mesa con ordenador (solitario, apuestas, otros)
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

14. Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) *

- En paro
- Trabajos ocasionales / Discontinuo
- En activo o jubilado - Categoría Mandos superiores - Jefe/a
- En activo o jubilado - Categoría Mandos intermedios / Profesionales técnicos - Responsable de área
- En activo o jubilado - Categoría Línea operativa - Obrero/a Profesional liberal / Negocio propio
- Funcionario/a o similar
- Labores del hogar y cuidado de la familia
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

15. ¿Cuál es su situación económica? (cuanto percibe mensualmente) *

OJO señalar sólo una cuantía de pensión y solo si procede otras rentas o ayudas (evitar NS/NC)

- No recibo ningún tipo de ingreso mensual
- Menos de la pensión no contributiva
- Pensión no contributiva (421€)
- Pensión mínima (685€ hasta 890€)
- Pensión media rango bajo (de 900€ hasta 1.550€)
- Pensión media rango alto (de 1.551€ a 2.190€)
- Pensión máxima (de 2.191€ a 2.819€)
- Más de la pensión máxima
- Otras rentas
- Otras ayudas
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

16. ¿Con quién mantiene contacto social estrecho? Marque todas las opciones que correspondan *

- Pareja (si procede)
- Hijos/as (si procede)
- Nietos/as (si procede)
- Hermanos/as (si procede)
- Sobrinos, Sobrinosnietos
- Otros familiares
- Otros amigos/as
- Auxiliares o personas de apoyo
- Profesionales del centro que son amigos/as
- Religiosos/as
- Voluntarios/as
- Nadie / No tengo contactos sociales estrechos
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

17. (SOLO A MUJERES) A lo largo de su vida, en sus relaciones de pareja, en alguna ocasión.... (Marque todas las que sean necesarias) *

- Se ha sentido insultada o le han hecho sentirse mal con usted misma en privado, o le han menospreciado o humillado delante de otras personas
- Se ha sentido asustada o le han intimidado a propósito (por ejemplo gritándole, rompiendo cosas, golpeando paredes o mirándola de determinada forma)
- Le han amenazado verbalmente con hacerle daño a Ud. a sus hijos/as o a alguna otra persona que es/ era importante para Ud.
- Ha sentido usted que ejercían cierta limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer necesidades básicas
- Ha sentido que en ocasiones han controlado la manera en la que Ud. gasta el dinero
- Ha sentido que usaban la fuerza contra usted, de forma que le ha hecho daño o podría haberle hecho daño
- Ha sentido que le obligaban a mantener relaciones sexuales cuando Ud. no quería
- Ha sentido que algún otro hombre aunque que no fuese su pareja ha tenido cualquiera de estas actitudes con usted
- Nunca he sufrido ninguna de esas circunstancias
- El entrevistado es un hombre (no procede)
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

Nivel de independencia y autonomía

18. ¿Cómo considera usted su salud física?*

- Muy mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy Buena
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

19. A continuación, responda con que grado de autonomía realiza las siguientes actividades básicas de la vida diaria *

	Lo hago sin ayuda	Lo hago con ayuda	Necesito que lo hagan por mi	NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
Baño/ ducha				
Vestirse				
Aseo personal (peinarse, barba, maquillaje, perfume) Uso del aseo				
Desplazamientos y salidas				
Mantenimiento de ayudas técnicas (gafas, audífonos, objetos de apoyo)				
Alimentarse				
Uso de sistemas de comunicación (llamadas, mensajes,...)				
Salidas fuera del centro				
Gestiones financieras				
Compras y otros				

Prevalencia adiciones – A

NOTA PARA ENTREVISTADOR/A: Algunas preguntas incluyen indicaciones más específicas en un subtítulo, siempre precedido de la palabra OJO para llamar la atención. Por ejemplo, cuando se pregunta por el consumo de sustancias, se entiende que la respuesta ÚNICA será acumulativa, en los últimos 12 meses incluye alguna vez en la vida, en los últimos 30 días claramente incluye en los últimos 12 meses y a diario en los últimos 30 días incluye todas las anteriores. Así que las opciones serían marcar nunca o alguno de los rangos temporales especificados. Además en este caso se habilita la casilla otros para añadir en ella la información de cantidad de consumo SOLO en los casos en los que la opción elegida sea CONSUMO DIARIO. Ejemplo: Consumo de tabaco “a diario en los últimos 30 días” y en “otras (frecuencia)” podríamos 10 cigarrillos o en el caso opuesto en el consumo de tabaco podríamos “nunca” si la persona nunca ha fumado.

-A continuación, le voy a mencionar algunas bebidas, me gustaría que me dijese si las ha tomado y/o las toma y con qué frecuencia

20. Ha tomado y/o toma y con qué frecuencia Vino, cerveza, sidra, vermú y otros de ese tipo (NO LEER jerez, finos, otros licores de frutas, pacharán, anís, licores de manzana, pera, melocotón, melón.) *

OJO en la casilla “Otras” poner número de copas al día si el consumo es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

21. Ha tomado y/o toma y con qué frecuencia Combinados o cubatas (copas de bebidas alcohólicas de alta graduación mezcladas con refrescos, zumos) y otros Licores fuertes o bebidas destiladas (coñac, brandy, ginebra, ron, whisky, crema de orujo, crema de ron, tequila, carajillo) *

OJO en la casilla "Otras" poner número de copas al día si el consumo es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

22. Ha tomado y/o toma y con qué frecuencia Café * OJO en la casilla "Otras" poner número de tazas al día si el consumo es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

23. Ha tomado y/o toma y con qué frecuencia Tabaco * OJO en la casilla "Otras" poner número de cigarrillos al día (cajetilla = 20 cigarrillos) si el consumo es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

1a-Motivaciones - A

24. Las personas beben alcohol por distintos motivos. Pensando en LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Cuáles han sido para usted los MOTIVOS principales PARA BEBER? . Puede marcar una o varias casillas.

- Porque le gusta beber
- Porque le gusta cómo se siente después de beber
- Porque es divertido o porque anima las fiestas y celebraciones
- Sólo para emborracharse
- Cuando me siento solo/a
- Para encajar en un grupo que le gusta o para no sentirse excluido (en relación con los demás)
- Porque le ayuda cuando se siente deprimido o cuando necesita olvidarse de todo
- Porque cree que es saludable o porque forma parte de una alimentación equilibrada
- No he tomado una bebida alcohólica en los últimos 12 meses
- Nunca he tomado una bebida alcohólica
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

Prevalencia adicciones - B

Ahora le voy a preguntar por el consumo de algunos medicamentos, con o sin receta médica

25. ¿Con que frecuencia toma usted algún medicamento para el estado de ánimo? como por ejemplo: antidepresivos, ansiolíticos, etc.

- Nunca
- Ocasionalmente
- Con frecuencia
- Diariamente
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

26. Ansiolíticos (tranquilizantes) (para el malestar emocional, los nervios,....)

OJO en la casilla "Otras" poner número de pastillas al día si el consumo es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

27. Antidepresivos (para mejorar el estado de ánimo)

OJO en la casilla "Otras" poner número de pastillas al día si el consumo es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

28. Analgésicos (calmante para los dolores)

OJO en la casilla "Otras" poner número de pastillas al día si el consumo es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

2a-Motivaciones - B

29. En términos generales señale EL MODO EN QUE TOMA estos medicamentos. Puede marcar una o varias opciones. *

- Lo tomo en mayor dosis porque la dosis que me ha recetado mi médico no me hace efecto
- Lo tomo en menor dosis que la que me ha recomendado mi médico
- Lo tomo durante más tiempo porque si dejo de tomarlo me siento mal
- Lo tomo durante menos tiempo que lo que me ha recomendado mi médico
- Lo tomo en la cantidad y durante el tiempo exacto que me ha recomendado mi médico
- No me lo ha recetado ningún médico y lo tomo según considero
- Nunca he tomado estos medicamentos
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

30. Ha recurrido a tomar este tipo de fármacos cuando. (marque todas opciones que considere necesarias) *

- Cuando siento estrés
- Cuando noto ansiedad
- Cuando estoy nervioso/a
- Cuando tengo dificultad para dormir
- Cuando tengo dolor
- Cuando me siento sola/o
- Cuando estoy triste
- Cuando me he tenido que encargar de muchas cosas y me siento sobrepasada/o
- Porque me gusta / para estar bien
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

3-Prevalencia adiciones - C

Para ir finalizando le voy a preguntar por algunas sustancias, me gustaría que me dijese si las ha tomado y/o las toma y con qué frecuencia

31. CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS [aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba] *

OJO en la casilla "Otras" poner número de porros al día si el consumo es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

32. COCAÍNA *

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

33. ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS [pastis, pirulas, MDMA] *

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

34. ANFETAMINAS O SPEED [anfetas, metanfetamina] o algún tipo de ALUCINÓGENOS [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene] *

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

35. HEROÍNA [caballo, jaco] *

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

Prevalencia adicciones - D

En otro orden de cosas, me gustaría preguntarle sí

36. Ha jugado con dinero / apostando en los últimos 12 meses? *

Recordar respuesta para filtrar si preguntamos o no motivaciones

- No
- Ocasionalmente en los últimos 12 meses
- Frecuentemente en los últimos 12 meses
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

37. ¿Cuándo juega o apuesta dinero prefiere hacerlo de manera presencial o por internet? *

- Presencial
- Online
- Ambas
- No juego / apostado con dinero
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

38. ¿Ha jugado a las máquinas tragaperras que se encuentran frecuentemente en los bares? *

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

39. ¿Juega usted al bingo? *

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

40. ¿Juega usted a la lotería / quiniela o algún otro tipo de juegos de azar similares? *

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

41. ¿Realiza usted algún tipo de apuesta deportiva o similar? *

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

4a-Motivaciones - D

42. (SOLO PARA QUIÉN Ha jugado con dinero en los últimos 12 meses Preg.36) Marque las siguientes casillas si le ha ocurrido alguna de las situaciones que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES? *

- Ha tenido la necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores.
- Ha estado nervioso/a o irritada/o cuando ha intentado reducir o abandonar el juego.
- Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
- A menudo ha tenido la mente ocupada en las apuestas (p. ej. Reviviendo experiencias de apuestas pasadas, planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar...).
- A menudo ha jugado cuando sentía desasosiego (p. ej. culpabilidad, ansiedad, depresión).
- Después de perder dinero en las apuestas, ha vuelto a jugar otro día para intentar ganar y así recuperar el dinero perdido.
- Ha mentido/disimulado para ocultar su grado de implicación en el juego.
- Ha puesto en peligro o ha perdido alguna relación importante, su empleo u oportunidades en sus estudios o en su carrera profesional a causa del juego.
- Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su grave situación financiera provocada por el juego.

5-Prevalencia adicciones - E

Y ya para terminar, me gustaría preguntarle....

43. ¿Con qué frecuencia ve usted la televisión? *

OJO en la casilla "Otras" poner número de horas al día que pasa viendo la TV si el "consumo" es diario

- Nunca en los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

44. ¿Con que frecuencia utiliza usted las redes sociales? (whatsapp, facebook, ..)

OJO en la casilla "Otras" poner número de horas al día si el "consumo" es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

45. ¿Ha utilizado Usted o pagado por consumir contenido en aplicaciones de contactos/ compañía/ eróticas?

OJO en la casilla "Otras" poner número de horas al día si el "consumo" es diario

- Nunca
- Alguna vez en la vida
- En los últimos 12 meses
- En los últimos 30 días
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

46. En definitiva, ¿Con qué frecuencia utiliza usted otros dispositivos con pantallas (móvil, tablets, ...) para entretenerse, pasar un rato de ocio o comunicarse?

OJO en la casilla "Otras" poner número de horas al día si el "consumo" es diario

- Nunca
- Ocasionalmente en los últimos 30 días
- Frecuentemente en los últimos 30 días
- A diario en los últimos 30 días
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras (frecuencia)

47. Ahora, nos gustaría saber su opinión sobre el nivel de riesgo que pueden significar cada una de las siguientes situaciones. Lea todas las categorías despacio. *

Medidas para cambiar

Por último se le ocurren algunas ideas de cómo mejorar su estancia en el centro

48. ¿Qué medidas considera usted que se pueden tomar desde el centro para mejorar la sensibilización sobre las adicciones específicamente entre la población mayor? *

- Más formación específica para los/as profesionales del centro
- Más información para las/os personas que hacen uso del centro
- Establecer un protocolo de actuación específico
- Mejora de las infraestructuras y recursos adaptados para estas personas
- Nada / Negativo
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)
- Otras

49. ¿Qué medidas considera usted que se pueden tomar desde el centro para mejorar la calidad de vida de las personas mayores con adicciones?

- Ampliar las actividades de ocio
- Fomentar otros entretenimientos
- Motivaciones para un envejecimiento activo y saludable
- Grupos de apoyo en los que compartir experiencias
- Dar más protagonismo en las decisiones sobre la atención que reciben las personas que usan el centro
- Nada / Negativo
- NS/NC (no leer esta opción, seleccionar sólo cuando no exista respuesta)

Imaginario/estigma

Y ya como última pregunta, dígame cómo se imagina usted

50. Cuando hablamos de personas mayores, ¿con qué imagen lo asocia usted? ¿Qué le sugiere?

51. Cuando hablamos de personas con adicciones, ¿con qué imagen lo asocia usted? ¿Qué le sugiere?

52. Cuando hablamos de personas mayores con adicciones, ¿con qué imagen lo asocia usted? ¿Qué le sugiere?

53. Cuando hablamos de personas mayores con adicciones que además son mujeres, ¿con qué imagen lo asocia usted? ¿Qué le sugiere?

54. Solo una cosa más, ¿cree que a su familia/familiares cercanos/familia elegida le apetecería participar en este estudio respondiendo a algunas preguntas como estas? Si es así, déjenos su contacto a continuación. Para nosotros sería de gran ayuda

ANEXO 2

Índice de gráficoss

Gráfico 3.1.1: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.2: Tipo de Centro de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.3: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro

Gráfico 3.1.4: Sexo de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.5: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.6: Estado civil de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.7: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.8: Nivel de estudios de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.9: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.10: Situación económica de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.11: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas (Nº de menciones)

Gráfico 3.1.12: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas (Nº de menciones)

Gráfico 3.1.13: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías.

Gráfico 3.1.14: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías.

Gráfico 3.1.15: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.16: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria

Gráfico 3.1.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria

Gráfico 3.1.18: Consumo de alcohol 1 (tipo vino, cerveza, sidra, ...) de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.19: Consumo de alcohol 2 (tipo combinados, cubatas, ...) de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.20: Consumo de tabaco de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.21: Consumo de café de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.22: Consumo de cannabis, marihuana o hachís de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.23: Consumo de cocaína de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.24: Consumo de éxtasis u otras drogas de síntesis de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.25: Consumo de anfetaminas o speed de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.26: Consumo de heroína de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.27: Frecuencia con la que las personas entrevistadas consumen algún medicamento para el estado de ánimo

Gráfico 3.1.28: Consumo de ansiolíticos de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.29: Consumo de antidepresivos de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.30: Consumo de analgésicos de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.31: Frecuencia de juego a máquinas tragaperras de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.32: Frecuencia de juego al bingo de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.33: Frecuencia de juego a la lotería/ quiniela o algún otro tipo de juego de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.34: Frecuencia de juego a apuestas deportivas o similares de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.35: Juego y/o apuestas con dinero en los últimos 12 meses de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.36: Frecuencia de uso de la televisión de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.37: Frecuencia de uso de las redes sociales de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.38: Frecuencia de uso de aplicaciones de contactos/ compañía/ eróticas de las personas entrevistadas

Gráfico 3.1.39: Frecuencia de uso de otros dispositivos con pantallas con los que las personas entrevistadas se entretienen, pasan un rato de ocio o se comunican

Gráfico 3.1.40: Autopercepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas

Gráfico 3.2.1: Comunidad autónoma del centro o residencia de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.2: Tipo de Centro de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.3: Tipo de plaza que las mujeres entrevistadas ocupan en el centro

Gráfico 3.2.4: Lugar de nacimiento de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.5: Estado civil de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.6: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.7: Nivel de estudios de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.8: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.9: Situación económica de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.10: Nivel de actividad social cultural y ocio de las mujeres entrevistadas (Nº de menciones)

Gráfico 3.2.11: Nivel de contacto social estrecho de las mujeres entrevistadas (Nº de menciones)

Gráfico 3.2.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las mujeres entrevistadas. Categorías.

Gráfico 3.2.13: Nivel de contacto social estrecho de las mujeres entrevistadas. Categorías.

Gráfico 3.2.14: Situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.15: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.16: Autopercepción de la salud física de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las mujeres entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria

Gráfico 3.2.18: Autopercepción del grado de autonomía con el que las mujeres entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria

Gráfico 3.2.19: Consumo de alcohol 1 (tipo vino, cerveza, sidra, ...) de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.20: Consumo de alcohol 2 (tipo combinados, cubatas, ...) de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.21: Consumo de tabaco de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.22: Consumo de café de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.23: Consumo de cannabis, marihuana o hachís de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.24: Consumo de cocaína de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.25: Consumo de éxtasis u otras drogas de síntesis de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.26: Consumo de anfetaminas o speed de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.27: Consumo de heroína de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.28: Frecuencia con la que las mujeres entrevistadas consumen algún medicamento para el estado de ánimo

Gráfico 3.2.29: Consumo de ansiolíticos de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.30: Consumo de antidepresivos de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.31: Consumo de analgésicos de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.32: Frecuencia de juego a máquinas tragaperras de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.33: Frecuencia de juego al bingo de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.34: Frecuencia de juego a la lotería/ quiniela o algún otro tipo de juego de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.35: Frecuencia de juego a apuestas deportivas o similares de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.36: Juego y/o apuestas con dinero en los últimos 12 meses de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.37: Frecuencia de uso de la televisión de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.38: Frecuencia de uso de las redes sociales de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.39: Frecuencia de uso de aplicaciones de contactos/ compañía/ eróticas de las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.2.40: Frecuencia de uso de otros dispositivos con pantallas con los que las mujeres entrevistadas se entretienen, pasan un rato de ocio o se comunican

Gráfico 3.2.41: Autopercepción de conductas de riesgo por las mujeres entrevistadas

Gráfico 3.3.1: Entidad de los recursos/centros de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.2: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.3: Tipo de Centro de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.4: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.5: Sexo de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.7: Estado civil de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.8: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.9: Nivel de estudios de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.10: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.11: Situación económica de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.13: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.14: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.15: Motivaciones para el consumo de alcohol de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.16: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.18: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.19: Policonsumo de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.3.20: Autopercepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias legales.

Gráfico 3.4.1: Entidad de los recursos/centros de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.2: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.3: Tipo de Centro de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.4: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.5: Sexo de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.7: Estado civil de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.8: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.9: Nivel de estudios de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.10: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.11: Situación económica de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.13: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.14: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.15: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.16: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.18: Policonsumo de las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.4.19: Autopercepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas. Subgrupo sustancias ilegales.

Gráfico 3.5.1: Entidad de los recursos/centros de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.2: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.3: Tipo de Centro de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.4: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.5: Sexo de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.7: Estado civil de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.8: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.9: Nivel de estudios de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.10: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.11: Situación económica de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.13: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.14: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.15: Motivaciones para el consumo de fármacos de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.16: Prescripción y toma de los fármacos por las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.17: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.18: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.19: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.20: Policonsumo de las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.5.21: Autopercepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas. Subgrupo farmacología.

Gráfico 3.6.1: Entidad de los recursos/centros de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.2: Comunidad autónoma del centro o residencia de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.3: Tipo de Centro de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.4: Tipo de plaza que las personas entrevistadas ocupan en el centro. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.5: Sexo de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.6: Lugar de nacimiento de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.7: Estado civil de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.8: Zona donde han residido la mayor parte de su vida las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.9: Nivel de estudios de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.10: Situación laboral desempeñada en los últimos 5 años (antes de la jubilación, si es el caso) de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.11: Situación económica de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.12: Nivel de actividad social cultural y ocio de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.13: Nivel de contacto social estrecho de las personas entrevistadas. Categorías. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.14: Nivel de situaciones de violencia sufridas por las mujeres entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.15: Motivaciones para jugar y/o apostar de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.16: Autopercepción de la salud física de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.17: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades básicas de la vida diaria. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.18: Autopercepción del grado de autonomía con el que las personas entrevistadas realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.19: Policonsumo de las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

Gráfico 3.6.20: Autopercepción de conductas de riesgo por las personas entrevistadas. Subgrupo juego.

ORGANIZA:



LA RED DE ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES

FINANCIADO POR:

