



ADICCIONES EN PERSONAS MAYORES

**DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CON
PERSPECTIVA DE GÉNERO EN NAVARRA**

Autoras: Miren Idoia Pardavila-Belio; Elena Puerta;
Elisa Arbizu; Beatriz Lacabe; Maira Bes-Rastrollo;
Sofía Neddermann-Carrillo; Blanca Martínez



Introducción

El Proyecto MAGNA nace de la necesidad de estudiar en profundidad las adicciones en personas mayores desde una perspectiva integral y con enfoque de género.

España atraviesa un rápido proceso de envejecimiento: a 1 de enero de 2021 había 9,31 millones de personas de 65 años o más (19,65% de la población; INE 2022). La proporción de octogenarios se sitúa en el 6%, y para 2035 se estima que serán más de 12,8 millones (26,5%). Navarra presenta cifras aún más elevadas y un fuerte peso de población mayor en el medio rural.

La Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM) llevado a cabo en el año 2019 y 2020 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad reveló que en mayores de 64 años:

- El 89,2% ha consumido alcohol alguna vez.
- El 52,9% ha fumado tabaco.
- El 36,0% ha tomado hipnosedantes.

El Libro Blanco de las Adicciones en Personas Mayores (UNAD-Lares, 2023) añade que el 55,1% tomó ansiolíticos/antidepresivos en el último año y que el 45% jugó con dinero. Existen diferencias de género claras: las mujeres consumen más psicofármacos y presentan procesos de medicalización crónica, mientras que los hombres destacan en el consumo de alcohol y tabaco.

Estos patrones se ven reforzados por estereotipos que asocian la adicción a varones jóvenes, lo que invisibiliza el problema en la vejez, especialmente en las mujeres, y retrasa su abordaje. Se generan así brechas asistenciales: baja detección, ausencia de protocolos y carencia de formación en el equipo sociosanitario.

El Proyecto MAGNA, alineado con la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), busca generar evidencia, formar a profesionales y sensibilizar a la sociedad.

Objetivo

Analizar la percepción y la realidad del consumo de sustancias y conductas adictivas en personas mayores en Navarra, con perspectiva de género.

Metodología

3.1 DISEÑO

Estudio de metodología mixta secuencial (cuantitativo+cualitativo) desarrollado entre septiembre y diciembre de 2024.

3.2 ÁMBITO Y PARTICIPANTES

43 centros residenciales de Lares y 3 centros Convive situados en toda la geografía de Navarra. Los participantes de la parte cuantitativa fueron residentes de todos estos centros y los profesionales de la misma. Para el estudio cualitativo se contó con aquellos residentes que dieron su consentimiento para participar en un grupo focal.

Los criterios de inclusión de los residentes fueron: No presentar diagnóstico de demencia (según historia clínica / cribado cognitivo) y la capacidad de comprender el español. Para los profesionales era requisito necesario que trabajasen en una de los 43 centros.

3.3 PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS

Un miembro del equipo de investigación informó tanto a los residentes como a los profesionales sobre el estudio. Aquellos que aceptaron participar cumplieron un cuestionario: en el caso de los residentes, se aplicó de manera presencial con un total de 45 ítems, lo que permitió resolver dudas en el momento; en el caso de los profesionales, se administró en formato online y constó de 40 ítems.

Posteriormente, se llevaron a cabo seis grupos focales: dos mixtos, dos compuestos únicamente por hombres y dos únicamente por mujeres. El objetivo fue profundizar en los aspectos de género de manera más específica. Para su desarrollo, se siguió una guía estructurada de grupos focales.

Cada grupo focal contó entre 5 y 8 participantes, tuvo una duración aproximada de 60-90 minutos, y fue conducido de manera semiestructurada. Se diseñó una guía temática para orientar la discusión, la cual incluía bloques de preguntas sobre: (1) Percepción general del consumo de alcohol, drogas y juego en la sociedad actual y en mayores de 65 años; (2) Motivaciones que podrían llevar a las personas mayores al consumo de sustancias o al juego; (3) Percepción de riesgos asociados (impacto en la salud, diferencias debidas a la edad); (4) Influencia de los vínculos sociofamiliares (papel de la familia y la red social en relación con las adicciones); (5) Sugerencias de medidas de prevención, detección y actuación específicas para mayores; y (6) Diferencias de género en las adicciones (estereotipos, actitudes sociales hacia hombres vs. mujeres mayores consumidores). Las preguntas fueron abiertas y se animó a los participantes a compartir experiencias personales o de conocidos, opiniones y emociones en torno a cada tema. Todos los grupos fueron moderados por una psicóloga general sanitaria con 25 años de experiencia en el tratamiento de adicciones, quien se aseguró de generar un clima de confianza y respeto, favoreciendo la participación de todos. La moderadora estuvo asistida por dos miembros del equipo investigador (una profesora universitaria experta en investigación cualitativa y en adicciones, y otra investigadora que actuó como observadora), encargados de registrar notas de campo y apoyar logísticamente las sesiones. Los grupos se llevaron a cabo en salas cedidas por las propias instituciones, en horarios convenientes para los residentes, y fueron audio-grabados con consentimiento para su posterior transcripción literal.

3.5 ANÁLISIS

- **Cuantitativo:** La muestra se analizó en su totalidad mediante estadística descriptiva. Para las variables cuantitativas se calcularon medias, desviaciones estándar (DE) y sus correspondientes intervalos de confianza al 95 % (IC95 %). Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación de porcentajes entre grupos se aplicó la prueba exacta de Fisher, considerando un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Todo el análisis se llevó a cabo con el programa STATA (versión 16).
- **Cualitativo:** Las grabaciones se transcribieron íntegra y anonimadamente, asignando seudónimos a los participantes. El corpus textual (aproximadamente 300 páginas de transcripciones) fue analizado mediante análisis temático inductivo, combinando estrategias de la teoría fundamentada. Dos investigadoras codificaron los datos de forma independiente: la propia moderadora (psicóloga experta en adicciones) y una enfermera doctora, profesora titular con experiencia en investigación cualitativa y en adicciones. En una primera fase de codificación abierta, se identificaron unidades de significado y se asignaron códigos in vivo a las ideas expresadas por los participantes. Posteriormente, se realizó una codificación axial, agrupando los códigos en categorías temáticas más abstractas y examinando relaciones entre ellas. Finalmente, se llevó a cabo una codificación selectiva, integrando las categorías centrales en torno a un núcleo narrativo que explica el fenómeno estudiado. Durante el proceso, se llevaron a cabo reuniones de consenso entre las analistas para comparar interpretaciones, resolver discrepancias en la codificación y refinar la estructura categorial. Esta triangulación de investigadores, junto con la revisión de los resultados por el resto del equipo multidisciplinar, garantizó la confiabilidad del análisis.

3.5 ANÁLISIS

El estudio siguió los criterios de calidad de Lincoln y Guba para investigación cualitativa, buscando maximizar la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad de los hallazgos[4]. Para ello, se emplearon diversas estrategias: triangulación de investigadores y fuentes (grupos en distintos contextos), reflexividad del equipo (discusión de preconcepciones), y validación de resultados por los participantes (member checking informal, comentando al final de las sesiones un resumen de lo discutido para confirmar la interpretación). Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado por escrito. Se garantiza la confidencialidad de las identidades y datos personales, usando seudónimos en las transcripciones y resultados.

3.7 ÉTICA

Aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Navarra (Ref.PI_2024_129). Consentimiento informado; confidencialidad; derecho a retirarse; lenguaje adaptado.

Resultados del proyecto

Con el objetivo de comprender en profundidad la problemática de las adicciones en las personas mayores, se presentan primero los resultados cuantitativos obtenidos de personas mayores y profesionales, seguidos de los hallazgos cualitativos de los grupos focales con residentes, que permiten ampliar y contextualizar los datos iniciales.

4.1. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS: ANÁLISIS CUANTITATIVO

La muestra estuvo compuesta por 129 personas mayores, con una media de edad de 82,5 años (DE = 7,8), de las cuales el 65,1 % eran mujeres. También participaron 34 profesionales sociosanitarios, en su mayoría mujeres (97,0 %), con una edad media de 41,8 años (DE = 10,4).

Percepción de la problemática

En cuanto a la percepción de la frecuencia de las adicciones en las personas mayores, las opiniones dentro de este colectivo resultaron estar divididas: un 27,1 % consideró que no son frecuentes, el mismo porcentaje (27,1 %) opinó que son poco frecuentes, mientras que un 16,3 % pensó que son muy frecuentes y otro 27,1 % manifestó no saberlo. No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en sus respuestas.

Por su parte, los profesionales sociosanitarios mostraron una percepción más definida, ya que la mayoría opinó que las adicciones en este grupo etario son muy frecuentes (50 %) o poco frecuentes (41,2 %), y solo un 5,9 % consideró que no son frecuentes. Este contraste refleja cómo, mientras que las personas mayores muestran cierta dispersión e incluso dudas a la hora de reconocer la existencia de adicciones en su grupo de edad, los profesionales tienden a identificarlas como un fenómeno presente y relevante en la práctica clínica.

En cuanto a los factores de riesgo percibidos, también se observaron diferencias notables entre ambos colectivos. La soledad fue señalada por el 42,6 % de las personas mayores como un factor determinante, mientras que sólo un 11,8 % de los profesionales la identificó como tal ($p < 0,01$). En cambio, los profesionales otorgaron mayor importancia a los acontecimientos vitales estresantes (44,1 %) que las propias personas mayores (22,5 %), diferencia también significativa ($p < 0,05$) (Figura 1).

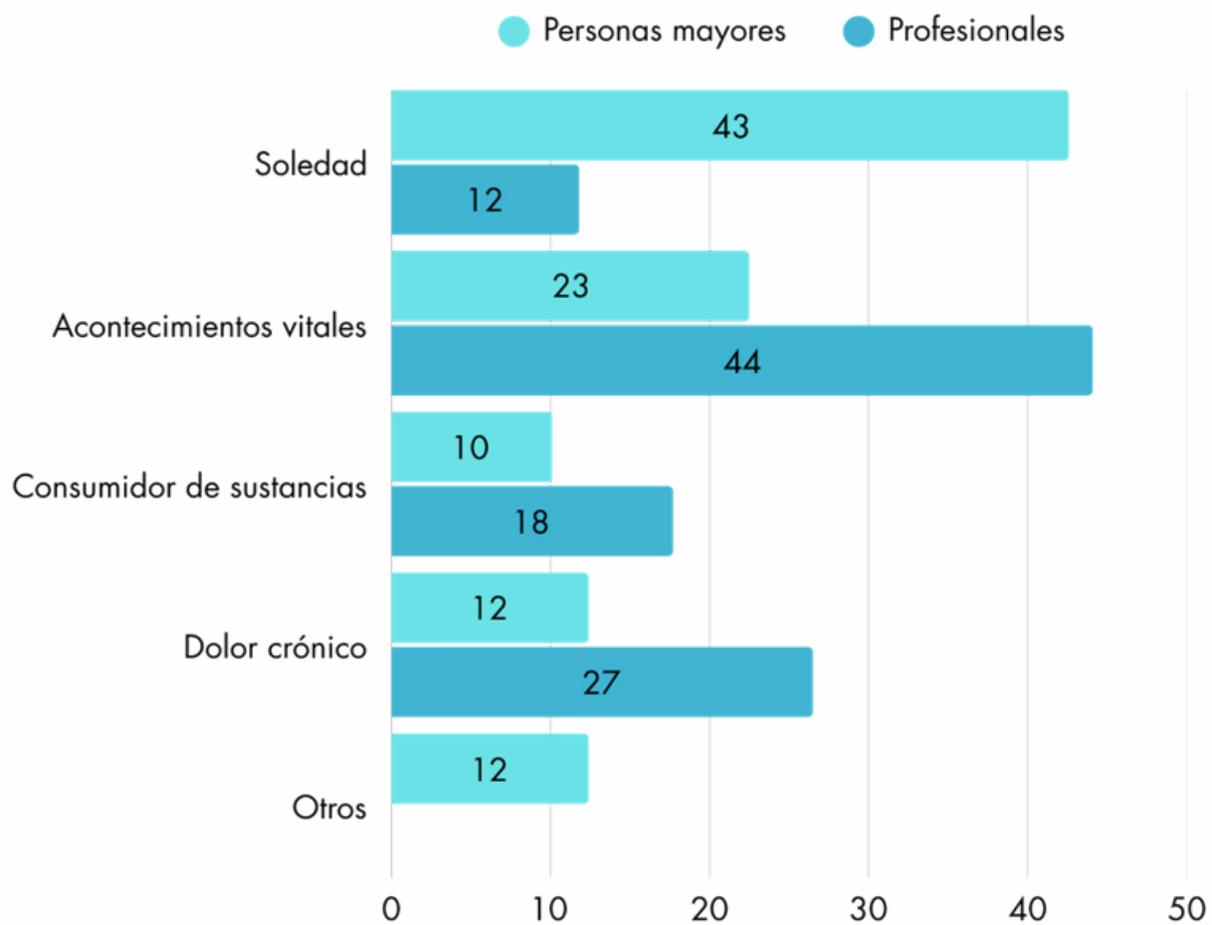


Figura 1. Factores de riesgo percibidos por profesionales y personas mayores de 65 años para el desarrollo de una adicción en la población de edad avanzada.

Diferencias por sexo en las adicciones

Tanto los profesionales sociosanitarios como las propias personas mayores coinciden en identificar el alcohol y el tabaco como las adicciones más prevalentes en hombres, y el consumo de medicamentos en mujeres. Para los profesionales, el alcohol (58,8 %) aparece como la principal adicción masculina, seguido de medicamentos (47,1 %), tabaco (35,3 %) y juego (32,4 %). En línea con estos datos, las personas mayores también destacan principalmente el alcohol (58,9 %) y el tabaco (44,2 %), situando los medicamentos (20,2 %) y el juego (20,2 %) en un segundo plano. En el caso de las principales adicciones en mujeres, los profesionales otorgan un peso muy elevado al consumo de medicamentos (85,3 %), seguidos a gran distancia de tabaco (23,5 %), alcohol (20,6 %) y juego (8,8 %). Las personas mayores también señalan los medicamentos como la adicción más frecuente en mujeres (45,7 %), seguidos de tabaco (34,9 %), juego (20,9 %) y alcohol (20,2 %), aunque con menor énfasis que los profesionales en cuanto a la relevancia del consumo farmacológico.

Patrones de consumo autorreportados

Estos datos de percepción coinciden en gran medida con los consumos autorreportados por parte de las personas mayores. El alcohol presenta prevalencias relevantes, con un 41 % de consumo en el último año y un 34,1 % en el último mes, aunque con diferencias claras entre sexos: un 62,2 % de los hombres frente a un 29,8 % de las mujeres declararon haber consumido alcohol en el último año ($p = 0,001$), y en el último mes las cifras fueron del 55,6 % en hombres y del 22,6 % en mujeres ($p < 0,001$). Además, el consumo diario también fue más elevado en varones (37,8 %) que en mujeres (11,9 %), con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,002$) (Figura 2). En contraste, el tabaco muestra cifras mucho más bajas en la actualidad (7,8 % en los últimos 12 meses).

El consumo de tranquilizantes y somníferos también alcanza niveles muy elevados, con un 48,8 % en el último año y un 40,3 % de uso diario. Este patrón resulta especialmente relevante en las mujeres, ya que los análisis revelan diferencias estadísticamente significativas respecto a los hombres: en el último mes, un 52,4 % de ellas los consumió frente a un 31,1 % de los varones, y el consumo diario también fue mayor en mujeres (47,6 % frente al 26,7 % en hombres) (Figura 2). Además, la duración media de uso es más prolongada en mujeres (11,77 años; DE = 14,55) que en hombres (8,4 años; DE = 13,96). Estos hallazgos confirman la percepción compartida sobre la relevancia del consumo de medicamentos en este grupo de edad. Por el contrario, el juego de azar presenta cifras muy bajas, lo que sugiere que, aunque aparece mencionado en los discursos, tiene un impacto limitado en la realidad.

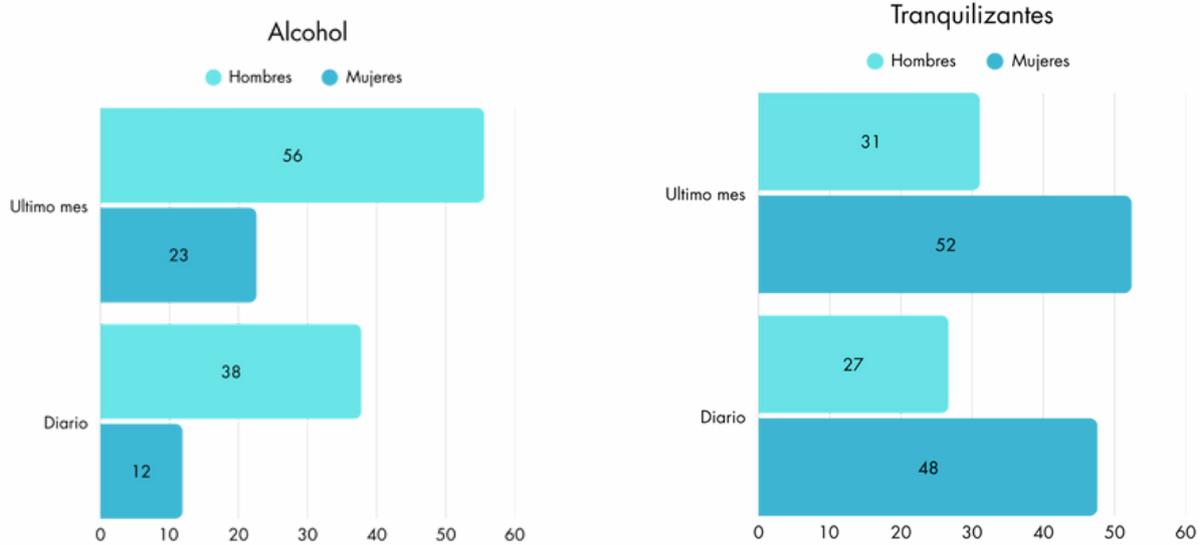


Figura 2. Prevalencias de consumo de alcohol (izquierda) y tranquilizantes (derecha) en el último mes y de consumo diario, diferenciando entre hombres y mujeres.

Impacto percibido y necesidades de intervención

La mayoría de los profesionales sociosanitarios coinciden en que las adicciones tienen un impacto significativo en las personas mayores, tanto en su calidad de vida (79,4 %) como en el bienestar de sus familias (88,2 %). Sin embargo, en la práctica asistencial se evidencian carencias importantes: el 70,6 % de los trabajadores afirma desconocer la existencia de protocolos específicos de detección o abordaje, y la totalidad de los encuestados (100 %) considera necesaria más formación en este ámbito. De hecho, la formación de los profesionales y las campañas de sensibilización se identifican como las medidas preventivas más relevantes, a las que se suman propuestas como el apoyo emocional o los programas de ocio, orientados a mitigar factores de riesgo como la soledad y el aislamiento social.

A esta visión se añade una crítica hacia el contexto social y científico: más de la mitad de los profesionales (52,9 %) percibe que la sociedad no se preocupa en absoluto por las adicciones en personas mayores, mientras que el 76,5 % considera que no existe suficiente investigación sobre el tema. En sintonía, las propias personas mayores muestran una percepción igualmente pesimista sobre el tratamiento de estas problemáticas en su grupo de edad: el 40,3 % cree que no están tratadas en absoluto, un 26,4 % opina que se abordan solo de manera parcial y apenas un 5,4 % considera que reciben una atención completa.

En conjunto, estos resultados ponen de relieve no sólo la magnitud del problema, sino también la necesidad de avanzar en la sensibilización social, la investigación y el desarrollo de protocolos y recursos específicos para la detección y el abordaje de las adicciones en la vejez.

4.2 RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES: ANÁLISIS CUALITATIVOS

Del análisis cualitativo emergieron cuatro categorías temáticas que sintetizan las percepciones y experiencias de los participantes sobre las adicciones en la vejez. A continuación, se presentan dichas categorías junto con una descripción interpretativa y citas textuales ilustrativas extraídas directamente de las transcripciones.

Un problema de otros

Las personas mayores reconocen que las adicciones constituyen un problema social, aunque inicialmente lo vinculan casi en exclusiva con la juventud. Esta asociación con “otros” contribuye a que no se identifiquen como parte de la población afectada ni en riesgo. En el ámbito de la residencia, la percepción de que las adicciones no forman parte de la vida cotidiana refuerza la sensación de lejanía.

“Aquí no hay adicción... No hemos visto a ninguno. Antes se bebía vino todos los días, pero eso era lo normal, no ser adicto. Esa palabra ni se usaba.”

(Cristina)

La ausencia de casos visibles y la falta de conversación sobre el tema favorecen que el fenómeno permanezca oculto, generando una invisibilidad que dificulta tanto el reconocimiento de posibles situaciones como la apertura al debate y a la prevención.

Soledad como desencadenante

En la vejez, la soledad se configura como un factor central que favorece la vulnerabilidad frente a las adicciones. Los testimonios evidencian que no se trata únicamente de un estado emocional, sino de una experiencia relacional y situacional marcada por la falta de compañía, el aislamiento cotidiano y la ausencia de vínculos significativos. Esta vivencia, descrita como “terrible” por algunas participantes, genera un vacío que puede ser compensado mediante el consumo de alcohol, fármacos o prácticas como el juego.

“La soledad es terrible. Hay mujeres que no las visita nadie, se sienten como si no contaran... y buscan compañía en lo que sea: una copa, pastillas, el bingo.”

(María)

O sea, verdad que estar parado todo el día. ¿Y eso? Pues claro, de alguna forma tienes que...”

(Mario)

Así, la soledad además de ser una carencia afectiva, constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de conductas adictivas.

Impacto integral

Los participantes reconocen que las adicciones en la vejez no se limitan a un problema aislado, sino que generan un deterioro global que afecta a la esfera física, mental y social. La vulnerabilidad propia de un organismo envejecido hace que los efectos del consumo prolongado resulten especialmente severos, acelerando el desgaste corporal, comprometiendo la salud emocional y deteriorando los vínculos con el entorno.

“Tengo los pulmones más negros que el hollín.”
(Manolo)

“Te arruina la salud, la cabeza y todo a tu alrededor.”
(Carmen)

De esta manera, el impacto de las adicciones en la vejez se percibe como un fenómeno total, que erosiona tanto la calidad de vida individual como las relaciones sociales que sostienen a la persona.

Estigma y género

El género emerge como un factor clave en la percepción de las adicciones durante la vejez, al reproducir estereotipos que naturalizan conductas en los hombres y las sancionan, en mayor medida, cuando se trata de mujeres. Se evidencia así una doble carga estigmatización: mientras que el consumo masculino es interpretado como parte de una trayectoria vital “esperada”, en las mujeres el consumo genera mayor desaprobación social y moral.

“Estamos más acostumbrados a ver borrachos que borrachas. Una mujer borracha tiene más riesgo... y encima la culpa.”

(José)

“Me parece que es peor una mujer, la veo como que me da más pena... el hombre no me da tanta, porque el hombre para mí ha bebido toda la vida”

(Ana)

Estas percepciones revelan que el estigma de género no solo influye en la forma en que se valoran las adicciones en la vejez, sino también en las posibilidades de reconocer, afrontar y tratar estos problemas de manera equitativa.

Conclusiones

Los resultados de este estudio evidencian que las adicciones en personas mayores constituyen un fenómeno real pero todavía poco visible. Mientras que los profesionales sociosanitarios tienden a reconocerlas como frecuentes y con un impacto significativo en la calidad de vida y en las familias, las propias personas mayores muestran percepciones más divididas, en parte por la normalización generacional de ciertos consumos “moderados”.

En cuanto a los factores de riesgo, las personas mayores destacan la soledad como el principal desencadenante, mientras que los profesionales priorizan los acontecimientos vitales estresantes.

Respecto a los tipos de adicciones, tanto los profesionales como las personas mayores coinciden en identificar alcohol y tabaco como predominantes en hombres y el consumo de medicamentos en mujeres, aunque los profesionales subrayan con mayor intensidad el peso del consumo farmacológico femenino.

Los datos de consumo autorreportados confirman este patrón, y destacan el uso de tranquilizantes y somníferos que alcanza niveles muy elevados, especialmente en mujeres, con mayor frecuencia, uso diario y duración que en hombres.

Los grupos focales aportan una mirada en primera persona que enriquece y contextualiza estos hallazgos. Las personas mayores describen las adicciones como un problema socialmente silenciado, estrechamente ligado a factores emocionales como la soledad, el sentimiento de vacío y la falta de apoyo afectivo. Reconocen también el deterioro físico, mental y social que conllevan las adicciones prolongadas, con un fuerte impacto tanto en el individuo como en su familia, cuyo papel de apoyo resulta determinante. Desde la perspectiva de género, las mujeres mayores enfrentan un mayor estigma y barreras para visibilizar su situación y pedir ayuda, mientras que los hombres tienden a enmarcar sus consumos en la normalidad de su cohorte, con el riesgo de minimizar sus efectos.

Finalmente, en el ámbito asistencial se evidencian carencias notables: gran parte de los profesionales desconoce la existencia de protocolos específicos, y existe unanimidad en la necesidad de más formación y programas dirigidos a este grupo poblacional. Todo ello refleja un vacío asistencial y de investigación que subraya la urgencia de avanzar en sensibilización, protocolos de detección y estrategias preventivas y de intervención adaptadas a la realidad de las personas mayores y a la promoción de un envejecimiento más saludable y digno.



Entidades realizadoras:



Universidad de Navarra

Entidades colaboradoras:



innova

Un programa de:



Fundación "la Caixa"