

**Proyecto
PRESERVA**

INFORME DE LA FASE EXPLORATORIA

**Xavier FERRER, Martín GONZÁLEZ,
Gemma MAUDES, Jordi MORILLO,
Rafael SORIANO, Daniel URBINA**

Dirección Técnica de la FSC

Área de Adicciones, Género y Familia de FSC

Marzo de 2025

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento al equipo de Dirección Técnica y Promoción de Proyectos de la Fundación Salud y Comunidad, con especial reconocimiento a María González por sus valiosas aportaciones en la definición del formato final de este informe.

Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento al equipo de profesionales de Can Coll, en particular a Rosa Montoya, por su dedicación y compromiso en la recogida de datos y su especial implicación en el desarrollo de este estudio.

Índice

1. Introducción.....	4
2. Descripción general del consumo en España.....	4
2.1. Diferencias en el consumo de drogas por sexo y edad.....	4
2.2. Consumo de drogas en personas mayores de 45 años	5
2.3. Consumo de drogas en personas mayores de 45 años en Cataluña	6
3. Descripción general de la muestra de drogodependientes de más de 45 años atendida en centros de tratamiento psicosocial intensivo de FSC desde el 2018...	7
3.1. Descriptivas sociodemográficas	7
3.2. Variables analizadas	8
3.3. Necesidad de valorar trabajar específicamente con las personas consumidoras de más de 45 años	10
4. Programa PRESERVA.....	11
4.1. Muestra participante en el programa PRESERVA.....	11
4.2. Resultados.....	12
4.3. Valoración del impacto de la intervención: comparación de los resultados pre- post en el estudio Piloto	14
4.4. Satisfacción de las personas usuarias atendidas.....	18
4.5. Valoración general de la implementación del proyecto	20
4.6. Aspectos a tener en cuenta para nuevas ediciones	24
5. Bibliografía.....	26

1. Introducción

Este informe presenta los resultados del proyecto PRESERVA, un proyecto experimental implementado en la Comunidad Terapéutica "Can Coll", centrado en las necesidades de personas drogodependientes mayores de 45 años. Este grupo etario enfrenta desafíos únicos, como puede ser el deterioro cognitivo asociado al consumo prolongado de sustancias, lo que puede impactar en su proceso de recuperación y reinserción. Atendiendo a esta realidad, este proyecto se ha diseñado con el fin de implementar experimentalmente intervenciones específicas para abordar esta problemática, integrándolas dentro del programa de tratamiento habitual que se lleva a cabo en esta comunidad. Además, se han desarrollado mejoras en los procesos diagnósticos, permitiendo analizar las particularidades de las personas drogodependientes mayores de 45 años atendidas en "Can Coll", con el objetivo de ofrecer tratamientos ajustados a las circunstancias y necesidades de esta población.

Los resultados preliminares destacan la importancia de adaptar los protocolos de tratamiento estándar para responder mejor a las necesidades cognitivas y emocionales de este colectivo. Se han implementado técnicas que combinan las terapias tradicionales con enfoques adaptados, como la estimulación cognitiva y la recuperación del deterioro mental, marcando un avance significativo en el tratamiento de adicciones en personas mayores.

2. Descripción general del consumo en España

El consumo de drogas sigue siendo un tema de gran preocupación en el ámbito de la salud pública. Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), las sustancias más consumidas en España incluyen el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína, si bien el consumo de estas sustancias varía según la edad y el sexo, con prevalencias más altas en hombres que en mujeres. Por su parte, la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España -EADADES- (2022) parece reforzar esta idea revelando que las sustancias más consumidas entre la población de 15 a 64 años en los últimos 12 meses fueron: alcohol (76,4%), tabaco (39,0%), hipnosedantes (13,1%), cannabis (10,6%) y cocaína (2,4%). En 2023, se registraron más de 14,000 personas en tratamiento por drogodependencias en España, siendo el alcohol y la cocaína las sustancias más comunes (OEDA, 2023).

2.1. Diferencias en el consumo de drogas por sexo y edad

Como se ha señalado, el consumo de drogas muestra diferencias significativas por sexo, ya que los hombres tienen prevalencias más altas de consumo en la mayoría de las sustancias, salvo en el caso de los hipnosedantes y los analgésicos opioides, que presentan un mayor consumo entre las mujeres (OEDA, 2023). Por otro lado, la edad de inicio del consumo también varía según la sustancia: el alcohol y el tabaco suelen consumirse a edades más tempranas, mientras que los hipnosedantes y los analgésicos opioides se consumen en mayor medida en edades más avanzadas.

2.2. Consumo de drogas en personas mayores de 45 años

Introducir la perspectiva de edad en este ámbito es una tarea muy relevante. Y así como habitualmente se ha tenido en cuenta a los adolescentes y muy jóvenes como grupo diferenciado, a partir de ahí se solía hacer tabla rasa de las diferencias, tratando a un único grupo de “adultos” cuando, en realidad, las diferencias entre adultos jóvenes, adultos en edad media, personas mayores o muy mayores, son claramente relevantes. Un punto de inflexión importante fue el informe de 2010 del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías en el que, centrándose, principalmente, en las experiencias compartidas en el ámbito de la dependencia de la heroína, se señalaba que a partir de los 40 años se podía observar un proceso de envejecimiento precoz y diferenciado entre los consumidores de drogas con respecto a la población general. Por su parte, los estudios muy numerosos norteamericanos, suelen fijar como punto de corte los 50 años. Operativamente, y sin más pretensión aquí por nuestra parte, nos referiremos a los **45 años** como edad a partir de la cual considerar un cierto estatus de adulto “medio” o adulto “mayor”. Si bien, evidentemente, habrá que ir considerando franjas de edad con mayor precisión y discernimiento en el futuro, por cuanto es palmario que personas de 70 o de 85 años que, con un inicio del consumo tardío, dependan de opioides o analgésicos presentarán problemáticas y requerirán, quizá, abordajes muy diferenciados del de un drogodependiente por heroína o cocaína que envejece.

El consumo de drogas en personas mayores de 45 años tiene características particulares. Según el informe del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) de los EEUU, los adultos mayores metabolizan las sustancias más lentamente y son más susceptibles a sus efectos adversos. Además, son más propensos a consumir medicamentos recetados y experimentar problemas de salud mental y física relacionados con el consumo de drogas (NIDA, 2023).

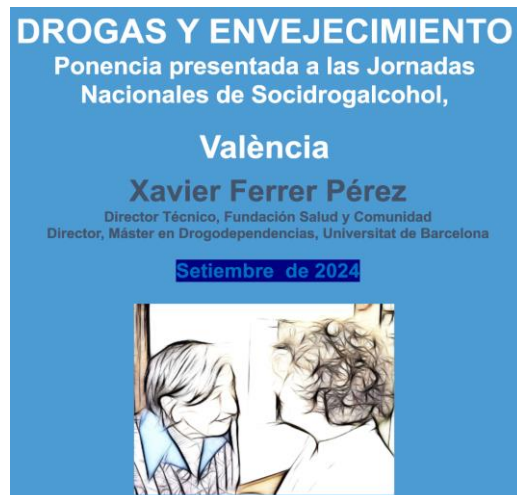
En España, la información específica sobre el consumo de drogas en población mayor de 45 años es todavía limitada, pero sí parece observarse que el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides aumenta a partir de los 35 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022). También se ha observado un aumento en la proporción de personas mayores de 45 años en tratamiento por drogodependencias, apuntando hacia la necesidad de abordar este fenómeno de forma específica (Subdirección General de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat de Catalunya, 2022).

En este sentido, cabe señalar que España es uno de los escasísimos países que ha desarrollado una metodología específica para conocer la situación del consumo de drogas y de otras adicciones en mayores de 64 años, lo que se manifestó en una encuesta específica para esa población (ESDAM), realizada en el periodo 2019-20 y de la que se espera una próxima actualización. En ella se obtuvieron 1.443 cuestionarios representativos del territorio nacional, distribuidos en 640 municipios.

Los datos muestran un consumo diario más alto de bebidas alcohólicas, aunque bajo la forma de consumo moderado “mediterráneo” entre los más mayores; y en cambio, un consumo muy inferior de tabaco, atribuible al fallecimiento prematuro de una parte fumadora de esa

población, al abandono del hábito por razones de salud y a la menor tasa de tabaquismo entre las mujeres mayores respecto de las más jóvenes. Además, como ya se ha dicho, se duplican los porcentajes de consumo diarios de analgésicos opioides y se triplican los de hipnosedantes.

Los datos procedentes de análisis de indicadores asistenciales, tales como la demanda de primer tratamiento y su distribución por edades y drogas “principales”, que han sido desarrollados ampliamente en otros lugares por nuestra Fundación (ver www.fsysc/publicaciones), muestra que constantemente aumenta el porcentaje de los grupos etarios mayores, de modo que ya en 2020 los demandantes de tratamiento por opioides mayores de 40 años eran la mayoría absoluta de quienes lo hacían (68,20%).



2.3. Consumo de drogas en personas mayores de 45 años en Cataluña

En Cataluña, el consumo de drogas en personas mayores de 45 años sigue una tendencia similar a la del resto de España. Según el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida de Cataluña (CEEISCAT), en 2023, más de 2.000 personas mayores de 45 años fueron registradas en tratamiento por drogodependencias. Las sustancias más comunes en este grupo incluyen el alcohol, la cocaína y los medicamentos recetados (CEEISCAT, 2023). Este grupo también presenta una mayor prevalencia de problemas de salud mental y física, lo que resalta la necesidad de un enfoque de tratamiento que contemple las características particulares de las personas mayores, adaptando la atención a sus necesidades específicas.

En cuanto a la demanda de tratamiento en este grupo de edad, en 2021, el consumo de drogas ilegales y alcohol fue mayor entre los hombres que entre las mujeres, con una razón menor para los hipnosedantes (1,5 veces) y mayor para la cocaína (5,6 veces) y los opioides (5,4 veces) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).

Por tanto, se puede afirmar que el consumo de drogas en personas mayores de 45 años, tanto en España como en Cataluña, muestra tendencias preocupantes y específicas que requieren una atención urgente. En este sentido, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ya reconoce **la necesidad de abordar las adicciones en diferentes grupos de edad**, incluyendo a las personas adultas “medias” y “mayores”, concepto este último que en América Latina se suele asociar a personas de más de 60 o 65 años. Este enfoque se alinea con el Plan de Acción de la UE en materia de Drogas 2021-2025, que enfatiza la importancia de adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de diversos grupos poblacionales, demandando una atención más especializada y adaptada a sus características particulares.

3. Descripción general de la muestra de drogodependientes de más de 45 años atendida en centros de tratamiento psicosocial intensivo de FSC desde el 2018 (algunas variables relevantes)

3.1. Descriptivas sociodemográficas

En primer lugar, teniendo en cuenta el marco general descrito anteriormente y con el fin de conocer las características específicas de la población atendida en los recursos gestionados por la Fundación Salud y Comunidad (FCS), se realizó un estudio descriptivo sobre las personas atendidas en los centros de atención a las drogodependencias desde el 2018 hasta el 2024, concretamente en dos Comunidades terapéuticas, dos pisos de inserción y un centro de día. Este estudio preliminar nos permitió analizar las posibles diferencias entre los grupos de edad, diferenciando en este análisis, entre personas usuarias de 45 años (n=236) o más frente a las personas menores de 45 años (n=660). Aclaremos pues que en este análisis no se ha incluido a la población de drogodependientes atendidos por FSC en dispositivos de baja intensidad (ambulatorios), de reducción de daños ni de nuestros programas en prisiones.

A continuación, se presenta una tabla donde se recogen los resultados obtenidos:

Descripción general de la muestra de personas drogodependientes atendidas en FSC

Variables y Categorías	<45 años	>45 años
GÉNERO		
Mujeres	141 (21.36%)	75 (31.78%)
Hombres	517 (78.33%)	159 (67.37%)
Otros	2(0.3%)	2(0.85%)
DROGA PRINCIPAL		
Alcohol	133 (20.15%)	109 (46.19%)
Cocaína	395 (59.85%)	100 (42.37%)
Cannabis	103 (15.61%)	7 (2.97%)
Otras	29 (4.39%)	20 (8.47%)
DIAGNÓSTICO PREVIO		
SIN diagnóstico	397 (60.15%)	152 (64.41%)
depresivo mayor	53 (8.03%)	37 (15.68%)
TDAH	62 (9.39%)	2 (0.85%)
Trastorno de personalidad del clúster b	50 (7.58%)	12 (5.08%)
OTROS diagnósticos	98 (14.85%)	33 (13.98%)
MOTIVO SALIDA DEL TRATAMIENTO		
Alta Terapéutica	259 (39.24%)	108 (45.76%)
Alta voluntaria	141 (21.36%)	38 (16.10%)
Cese del tratamiento (Expulsión)	99 (15.00%)	23 (9.75%)
Otros (cambio de proceso, fuerza mayor...)	65 (9.85 %)	16 (6.78 %)
No consta el Motivo de Salida	37 (5.61%)	51 (8.90 %)
NO finalizado, continuaban en tratamiento	59 (8.94%)	30 (12.71%)
MUESTRA TOTAL (n=896)	660 (100 %)	236 (100 %)

En cuanto al género, puede apreciarse que entre el grupo más joven predominan los hombres (78.33%), mientras que, en el grupo de personas mayores de 45 años, los hombres representan el 67.37%, con un **incremento proporcional de mujeres** (31.78% frente al 21.36% en el grupo joven). No obstante, en ambos casos vemos una proporción desigual a favor de los hombres. En este sentido, cabe señalar que, según los datos recopilados desde FSC, entre 2018 y 2021, la proporción de hombres a mujeres que accedían a estos servicios era de 4 a 1 (80/20). Sin embargo, a partir de 2021 y hasta 2024, se ha observado un cambio significativo en esta proporción, reduciéndose a 3 a 1 (75/25). Este cambio sugiere **una mejora en el acceso de las mujeres a los servicios de tratamiento**, aunque aún persisten desafíos importantes que deben ser abordados para lograr una equidad real en el acceso y la adherencia a estos servicios de atención a las drogodependencias, especialmente a los tratamientos residenciales.

Respecto a la droga que motiva la consulta, hay que señalar que predomina la cocaína entre los menores de 45 años (59.85%), seguida del alcohol (20.15%) y el cannabis (15.61%), mientras que **en los mayores de 45 años el alcohol es más frecuente** (46.19%), seguido de la cocaína (42.37%) y otras sustancias (8.47%).

En términos de diagnóstico psiquiátrico previo, la mayoría de los participantes no tiene diagnóstico en ambos grupos, aunque es más prevalente en los mayores (64.41% frente al 60.15%). Además, **los diagnósticos de depresión mayor son más comunes en los mayores** (15.68%) que en los menores de 45 años (8.03%), quienes presentan mayores tasas de TDAH (9.39%) y trastornos de personalidad del clúster B (7.58%).

En cuanto al motivo de salida, **el alta terapéutica es la razón más frecuente** en ambos grupos, si bien es más prevalente en los mayores de 45 años (45.76% frente al 39.24% en los menores de 45 años). En contraste, **el alta voluntaria es más común entre los más jóvenes** (21.36% frente al 13.56%). Finalmente, hay que señalar que **el grupo de personas mayores de 45 años suponen más de un 26% sobre el total de personas que han sido atendidas**. En este sentido, cabe señalar que, en el momento de realización del presente análisis, esta proporción era aún superior, con un total de 30 personas mayores de 45 años sobre el total de 89 personas que seguían en tratamiento, lo que supone un 33.7% sobre el total.

3.2. Variables analizadas

A continuación, se adjunta la puntuación obtenida para varias de las escalas y variables analizadas. Las variables descritas para el presente estudio son las siguientes:

- **Tiempo de Estancia:** Representa el tiempo que cada participante permaneció en el programa o intervención, medido en días. Es una medida relevante para evaluar la duración de los tratamientos o programas en ambos grupos de edad.
- **Calidad de Vida:** Es una medida subjetiva que evalúa la percepción del bienestar general de la persona. Suele involucrar aspectos físicos, psicológicos y sociales, y puede medirse con escalas específicas.

- **Ansiedad (test STAI Rasgo):** Hace referencia al "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo" (State-Trait Anxiety Inventory). En este caso, el puntaje "Rasgo" evalúa la ansiedad como una característica estable de personalidad, es decir, una tendencia general a responder con ansiedad ante diversas situaciones.
- **Depresión (BECK):** Se refiere al "Inventario de Depresión de Beck", una prueba utilizada para medir la gravedad de los síntomas depresivos. Puntuaciones altas indican mayor depresión.
- **Impulsividad (BIS):** El "Barratt Impulsiveness Scale" es una escala que evalúa la impulsividad. Aquí se presenta el puntaje total que incluye las dimensiones relacionadas con el control impulsivo, la toma de decisiones y otros aspectos.
- **Alianza Terapéutica (WAI):** Evalúa la percepción del vínculo terapéutico entre el participante y su terapeuta, un factor clave en el éxito de las intervenciones. Este puntaje mide la calidad de esta relación, en este caso mediante una escala modificada experimentalmente por nosotros, que evalúa el vínculo entre el participante y el **equipo** que le atiende.

Resultados descriptivos en menores de 45 años

<45	Media	Mediana	Moda	Varianza	ST	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Tiempo de estancia (días)	133.3	140	140	4277.7	65.4	85	140	186
Calidad de Vida	4.6	5	5	3.1	1.7	3	5	6
STAI-R	30.9	31	31	105.9	10.2	24	31	38
BECK	16.5	15	8	101	10	8	15	23
BIS	60.6	61	70	290.7	17	49	61	73
WAI	59.6	63	63	113.3	10.6	59	63	63

Resultados descriptivos en mayores de 45 años

>45	Media	Mediana	Moda	Varianza	ST	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Tiempo de estancia (días)	151.7	161	189	4328.4	65.7	111.5	161	197
Calidad de Vida	4,6	5	5	3,3	1.8	3	5	6
STAI-R	28.0	27	23	113.6	10.6	20	27	36
BECK	15.2	13	14	112.4	10.6	7	13	20
BIS	53.1	53	43	303.9	17.4	42	53	65
WAI	60.5	63	63	136.5	11.6	60.5	63	65

En cuanto al tiempo de estancia, **los mayores de 45 años tienen un tiempo promedio de estancia mayor** (151.78 días) que los menores de 45 años (133.38 días), con una mediana similar a la moda, reflejando la distribución central. En lo que respecta a la percepción de calidad de vida, es casi idéntica entre ambos grupos, con una media de 4.62 en menores y 4.67 en mayores, manteniendo un rango estable entre el percentil 25 y 75.

Si se atiende al STAI (Ansiedad), **los menores de 45 años presentan mayores niveles de ansiedad rasgo** (media de 30.92) en comparación con los mayores de 45 años (media de 28.05), lo que indica más tendencia a responder con ansiedad ante diversas situaciones.

Para el Beck, los **niveles de depresión promedio son más altos en las personas menores de 45 años** (16.52) frente a los mayores (15.22), aunque las diferencias son moderadas. Por otro lado, si miramos las puntuaciones del BIS (**Impulsividad**) el **promedio es claramente mayor en los menores de 45 años** (60.62) que en los mayores (53.11), mostrando una mayor dificultad en el control impulsivo en el grupo joven.

Finalmente, para la variable de **alianza terapéutica** ambos grupos tienen **percepciones muy similares sobre la calidad de su relación terapéutica**, con medias casi idénticas (59.65 en menores y 60.59 en mayores).

3.3. Necesidad de valorar trabajar específicamente con las personas consumidoras de más de 45 años

Atendiendo a los resultados obtenidos, se puede concluir que nuestra muestra de personas atendidas mayores de 45 años, aunque siga habiendo una mayoría de hombres, parece estar proporcionalmente más equilibrada en cuanto a sexo. También es importante reconocer que **la droga principal que motiva la consulta para esta población es el alcohol** (con más de un 46%) **seguida de la cocaína** (con algo más del 42%), lo que supone una diferencia importante frente a las proporciones registradas en el grupo de usuarios/as menores de 45 años.

Por otro lado, es relevante señalar que, aunque la mayor parte de las personas usuarias que ingresan en nuestros recursos lo hacen sin un diagnóstico previo, entre aquellas que sí lo presentan, el **diagnóstico más prevalente entre las personas mayores de 45 años es la depresión**, siendo una proporción mucho más acusada que la registrada entre los menores de 45 años. No obstante, los datos recogidos en de la escala de depresión de Beck señalan que los menores de 45 muestran mayores síntomas de depresión. Este resultado es muy relevante porque parece reflejar como **la perspectiva de edad afecta a la prevalencia del diagnóstico de depresión** en personas mayores de 45 años, algo que debería seguir estudiándose.

Finalmente, tener en cuenta que **esta población de mayores de 45 años parece tener mejores tasas de alta terapéutica** (45%) que los menores de 45 años y, en consecuencia, el tiempo de estancia en los recursos de tratamiento es también mayor entre esta población. En este sentido, las altas voluntarias y “ceses” (expulsiones) se reducen notablemente frente al grupo de menores de 45 años.

Por lo tanto, todos estos resultados parecen apuntar hacia la idea de que, en realidad, **sí que existen una serie de características diferenciales** entre el grupo de personas usuarias mayores de 45 años que justificarían la necesidad de trabajar con ellas de manera específica. No obstante, sería interesante profundizar en este análisis incluyendo otras variables que pueden ser relevantes como la vivienda, el empleo, la formación, número de tratamientos previos y/o el estado civil, por citar algunos ejemplos, así como diferenciar subgrupos de edad entre los mayores de 45, y hacerlo teniendo en cuenta las drogas motivo de la demanda de tratamiento.

4. Programa PRESERVA

En este contexto nace el proyecto PRESERVA y, siguiendo con las recomendaciones nacionales e internacionales, su principal objetivo es el de trabajar de manera específica con las **personas consumidoras mayores de 45 años atendidas en centros de tratamiento intensivo**, buscando adaptar las intervenciones realizadas a las necesidades y particularidades de esta población con el objetivo no solo de **mejorar su calidad de vida**, sino también con el fin de **optimizar los resultados de su tratamiento y rehabilitación**.

En este sentido, atendiendo a la bibliografía consultada, uno de principales objetos de interés sobre los que se ha centrado la atención en este primer estudio piloto ha sido **el impacto del deterioro cognitivo** en personas consumidoras mayores de 45 años. No en vano, diversos estudios han demostrado que el uso prolongado de sustancias psicotrópicas, como metanfetamina, alcohol y ciertos antipsicóticos con propiedades anticolinérgicas, está relacionado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, **especialmente en las funciones ejecutivas, la memoria y la atención**. Además, se ha demostrado que el uso continuado de estas sustancias en edades avanzadas constituye un **factor de riesgo adicional** para un deterioro cognitivo más severo, lo que agrava los efectos adversos del consumo de sustancias.

Por tanto, dada la necesidad de trabajar de manera específica con personas drogodependientes mayores de 45 años y atendiendo al potencial impacto negativo del deterioro cognitivo sobre esta población, el proyecto PRESERVA ha buscado **estudiar de manera exploratoria** diferentes vías para **identificar e intervenir sobre el deterioro cognitivo** con personas atendidas durante el 2024 en “Can Coll”, una de las Comunidades Terapéuticas gestionadas por FSC.



4.1. Muestra participante en el programa PRESERVA

No obstante, antes de diseñar la intervención y con el fin de poder valorar las necesidades específicas de las personas de más de 45 años, se realizó un primer estudio exploratorio entre la población atendida en este recurso en el momento actual (n=43).

Para ello, durante el primer semestre del 2024, se analizaron algunas variables sociodemográficas relevantes con el fin de describir a esta población de forma comparativa en función de la edad, dividiendo a las personas entre menores de 45 años y personas de 45 años o más. Asimismo, se aplicaron de forma exploratoria pruebas psicométricas específicas para la valoración del deterioro cognitivo a todas las personas usuarias del servicio para valorar su posible impacto.

En concreto, las pruebas seleccionadas para la valoración del deterioro cognitivo fueron:

- i. **El Test Cognitivo de Montreal (MoCA).** El MoCA es una prueba breve de evaluación cognitiva diseñada para detectar el deterioro cognitivo leve y la demencia. Con una duración de 10 minutos, evalúa funciones como memoria, orientación, lenguaje, concentración, función ejecutiva y visoespacial. El puntaje máximo es de 30 puntos, considerándose normal un resultado de 26 puntos o más.

En concreto, se decidió usar esta prueba dado que el MoCA ha demostrado mayor sensibilidad y especificidad para la detección del deterioro cognitivo leve que otras escalas similares como, por ejemplo, el Mini Examen del Estado Mental (MMSE).

- ii. **El Inventario de Síntomas Prefrontales abreviado (ISP-20).** El ISP-20 es un cuestionario en formato de autoinforme que evalúa la sintomatología ejecutiva disfuncional (diferenciando entre problemas motivacionales, atencionales y de control ejecutivo), el descontrol emocional y la inhibición social. Consta de 20 preguntas con un formato de respuesta tipo Likert de 0 a 4, con una puntuación máxima de 80.

Se seleccionó esta prueba dada su brevedad y las buenas propiedades psicométricas demostradas, tanto en población general como clínica.

4.2. Resultados de la fase exploratoria

Los resultados del estudio sociodemográfico exploratorio con toda la muestra atendida en la Comunidad Terapéutica Can Coll durante el año 2024, independientemente de su edad son los siguientes:

SEXO	n	Porcentaje	Edad	Media	Mediana	Sustancia	n	Porcentaje
Mujer	8	18%		43,94	45,00	Alcohol	9	21%
Hombre	35	82%				Cocaína	14	32%
Total	43	100%				Cocaína y alcohol	11	25%
						Otros	9	21%
						Total	43	100%

Como puede apreciarse, en la muestra analizada **hay un porcentaje mucho mayor de hombres que de mujeres**, con una **media de edad de 43,9 años** y cuyas generadoras de demanda de tratamiento son **la cocaína, la cocaína con alcohol o el alcohol solo**, algo que ya se observa en la población general atendida en los recursos de adicciones de FSC.

Se realizó una prueba de Mann-Whitney para conocer si había alguna diferencia estadísticamente significativa en las medias del test MoCA entre los grupos comparados:

Resultados obtenidos del Test Cognitivo de Montreal (MoCA)

MoCA	Media <45	Media >45	Mann-Whitney valor p
Puntuación	24.1	22,5	0.76
Tamaño muestral (n)	24	17	43 (100%)

Aunque la bibliografía confirma que el deterioro cognitivo es más grave en personas consumidoras mayores de 45 años, en este caso, la comparación no resulta significativa, es decir, no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre las medias del MoCA entre los grupos de personas mayores y menores de 45 años. Pese a que esto es cierto, sí parece que la media es menor entre las personas mayores de 45 años con una media de 22.5 frente a los 24.1 obtenidos por los menores de 45 años. Es relevante tener esto en cuenta puesto que la no confirmación de la significación de las diferencias iniciales puede estar influida por múltiples factores. Entre ellos, el tamaño muestral relativamente reducido de las categorías y la amplitud del rango de edad en la de “más de 45 años”. No se han encontrado diferencias significativas en función del género. Y tampoco parece que este test presente una especial sensibilidad para detectar diferencias que pudiesen existir.

Se ha hecho también una comparación de las puntuaciones para las diferentes subescalas del ISP-20. A continuación, reflejamos solo las dimensiones que sí que presentan una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$):

Resultados obtenidos del Inventario de Síntomas Prefrontales abreviado (ISP-20)

ISP-20	Media <45	Media >45	Wilcoxon valor p
MOTIVACIONAL	9.54	13.88	0.02
EJECUCIÓN	17.83	23.64	0.01
ATENCIÓN	11.87	14.76	0.02
TOTAL	63.6	79.05	0.03
Tamaño muestral (n)	24	17	43 (100%)

En este caso sí que se puede apreciar cómo hay diferencias estadísticamente significativas en varios de los aspectos medidos en la prueba ISP-20, en concreto, en **todas las subescalas que forman parte de la valoración de las funciones ejecutivas**. Estos resultados apuntan hacia la idea de que el grupo formado por **personas mayores de 45 años presentan una mayor disfunción ejecutiva en la vida diaria**, mostrando mayores dificultades atencionales, motivacionales y en la ejecución de tareas.

Estos resultados parecen indicar que **las pruebas seleccionadas (concretamente el ISP-20) son sensibles a los cambios** y refuerzan la idea de centrar las intervenciones en el deterioro cognitivo de esta población mayor de 45 años.

4.3. Valoración del impacto de la intervención: comparación de los resultados pre-post en el estudio Piloto

Tras el análisis preliminar realizado y el diseño de la intervención, esta se ha puesto a prueba con una muestra seleccionada de 14 sujetos, todos ellos de 45 años o más. A continuación, se incluye una **descripción básica** de la muestra que ha participado en la fase de implementación exploratoria del programa PRESERVA.

SEXO	n	Porcentaje	Edad	Media	Mediana	Sustancia	n	Porcentaje
Mujer	3	21.43%		52,42	52	Benzo.	1	7.14%
Hombre	11	78.57%				Cocaína	1	7.14%
Total	14	100%				Heroína	1	7.14%
						Alcohol	7	50%
						Cocaína y alcohol	4	28.57%

Mientras que la distribución por sexo se mantiene, el mayor cambio se aprecia en la sustancia principal consumida, donde **la cocaína pierde protagonismo** y el alcohol lo gana. También se observa un aumento, como es lógico, en la edad.

Como se ha señalado anteriormente, para medir el cambio en las habilidades cognitivas se utilizaron las puntuaciones del test MoCA y del ISP-20 que se administraron tanto al ingreso en el centro como una vez realizada la intervención. Se realizaron t de Student para muestras pareadas, no sin antes comprobar la normalidad de las puntuaciones en cada variable, mediante la prueba de Shapiro. Al distribuirse todas normalmente, se decidió proceder por la metodología estándar, y no utilizar, para estas variables, otras metodologías no paramétricas como hubiese podido ser la versión de Wilcoxon.

Resultados pre-post del Test MoCA y del ISP-20

ÁREA MEDIDA	Media PRE	Media POST	Estadístico F	valor "p"
MoCA TOTAL	23.30	25.61	-2.64	0.02
ISP-20 TOTAL	76.46	59.61	2.78	0.016
MOTIVACIÓN	14	10.23	2.38	0.03
EJECUCIÓN	22	19.07	1.38	0.19
ATENCIÓN	14.23	12	1.69	0.11
SOCIAL	13.77	9.61	2.65	0.02
EMOCIONAL	12.46	8.69	3.31	0.006

La tabla presenta un análisis detallado de los cambios en diversas áreas medidas entre dos momentos, **antes (PRE) y después (POST)** de la intervención del programa PRESERVA. En el caso de la evaluación cognitiva general, medida con la escala MoCA, **se observa un aumento en la puntuación promedio** de 23.30 a 25.61, con un valor "p" de 0.02, lo que indica que el cambio es estadísticamente significativo, lo que implica **un aumento en las habilidades cognitivas de la muestra**.

Aunque es a partir de 26 puntos cuando el resultado de la prueba se considera normal, vemos más de dos puntos de aumento, quedándonos a las puertas de una media que no indique deterioro cognitivo, por lo que **con recursos adicionales o intervenciones más largas es posible que se llegara a superar esta barrera**. También deberemos proceder a un análisis más individualizado y con consideración de otras variables intervinientes, en la medida en que lo posibilite una muestra mayor, siendo esta una de las áreas de mejora en el futuro.

Por otro lado, en el **Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP-20)**, hay una notable **disminución en la puntuación** total de 76.46 a 59.61, (aprox. un 20%) que resulta significativa ($p = 0.016$), lo que **implica una reducción de los síntomas generales**. Más en concreto, si atendemos a las puntuaciones registradas en cada una de las subescalas encontramos:

- Una disminución de 14 a 10.23 en el **área de motivación**, con un valor p de 0.03, indica una mejora significativa en la capacidad motivacional del individuo. Esto sugiere una reducción en los problemas relacionados con la iniciativa, la energía y la capacidad para comenzar y mantener actividades.
- Una reducción de 22 a 19.07 en la **capacidad de ejecución de tareas**, con un valor p de 0.19. Esto sugiere que, si bien hay una tendencia a la mejora en la capacidad para planificar, organizar y llevar a cabo tareas complejas, el cambio no es todavía lo suficientemente grande como para considerarse significativo desde un punto de vista estadístico.
- Una disminución de 14.23 a 12 en el **área atencional**, con un valor p de 0.11, que tampoco es estadísticamente significativo. Esto implica que, aunque hay una ligera mejora en la capacidad de atención y concentración, el cambio no es lo suficientemente amplio.
- Una reducción de 13.77 a 9.61 en el **área social**, con un valor p de 0.02, que muestra una mejora significativa en el funcionamiento social. Esto sugiere una disminución importante en los problemas relacionados con la conducta social, como la capacidad de interacción, empatía y adecuación a normas sociales.
- Finalmente, una disminución de 12.46 a 8.69 en los síntomas del **área emocional**, con un valor p de 0.006, lo que indica una mejora muy significativa en el control emocional y la reducción de los problemas relacionados con la regulación de las emociones en la vida diaria de la persona.

En conclusión, los resultados destacan **mejoras significativas en las áreas cognitivas (MOCA) y los síntomas prefrontales (ISP-20), tanto en el total de esa última escala como en las dimensiones motivacional, social y emocional**.

No obstante, es importante destacar que, como se ha mencionado anteriormente, no existe un baremo estandarizado para los puntajes del ISP-20. Sin embargo, la interpretación general es que cuanto menor sea la puntuación en una dimensión (y en el total), mejor se encuentra la persona en ese aspecto de su funcionamiento prefrontal.

Por otro lado, de las personas que participaron en la intervención, también se recogieron indicadores de otras variables relevantes pre y post intervención, para saber si esta pudiera tener efectos en otras dimensiones que no fueran propiamente las medidas por el MOCA y el ISP-20. A continuación se comparan sus medias con la prueba de t de student:

Resultados pre-post en Calidad de vida, Ansiedad, Depresión e Impulsividad.

	Media	Mediana	Varianza	Valor p	Estadístico t	Diferencias Medias
Calidad de vida (pre)	2.86	2	4.59	<0.001	-5.93	4
Calidad de vida (post)	6.45	7	2.67			
Ansiedad pre (STAI-R)	42	41.5	43.69	<0.001	4.81	-19.36
Ansiedad post (STAI-R)	23.09	24	105.69			
Depresión pre (BECK)	26.71	23	212.22	0.153	1.68	-14.66
Depresión post (BECK)	13.17	16	67.77			
Impulsividad pre (BIS)	64.57	62	179.49	<0.001	4.67	-20.09
Impulsividad post (BIS)	42.91	43	176.29			

Como vemos, la **puntuación en calidad de vida ha aumentado** a la vez que **las puntuaciones en el STAI (Ansiedad) y el BIS (Impulsividad) han disminuido** significativamente, lo que indica una mejoría de las personas usuarias en estas dimensiones, aunque mediante esta comparación la mejora no es estrictamente atribuible a la intervención y habría que estudiar la interferencia de otras variables que puedan estar mediando en el cambio.

Se realizó también un análisis de las diferencias entre las puntuaciones del pre y el post de las escalas de deterioro cognitivo, estratificando por **sexo** y **sustancia principal** motivo de consulta, pero probablemente en relación a los muy reducidos tamaños muestrales de los estratos **no se encontraron diferencias significativas** para ninguno de ellos.

Por último, también se valoró comparar los resultados obtenidos por el grupo que ha formado parte del presente estudio piloto con las **puntuaciones obtenidas por un grupo control** integrado por una muestra seleccionada de personas usuarias mayores de 45 años que no participaron en la implementación de la intervención prevista en el PRESERVA (ya que **estuvieron en el mismo centro inmediatamente antes del inicio del programa**). Como puede apreciarse en la siguiente tabla, no hay diferencias significativas en cuando a las variables sociodemográficas que conforman ambos grupos.

Diferencias en género y edad entre los grupos control y experimental

	Género			Edad		
	Mujer	Hombre	Valor p	MEDIA	DT	Valor p
Control	7 (23%)	23 (77%)	0.706	52.4	4.78	0.389
Experimental	3 (21%)	11 (79%)		50.7	4.78	

Asimismo, como podemos observar en la siguiente tabla, tampoco había diferencias significativas en una selección de variables relevantes entre ambos grupos en la evaluación realizada antes de la intervención, por lo que podemos afirmar que **son grupos comparables**.

Diferencias en Calidad de vida, Ansiedad, Depresión e Impulsividad en evaluación pre

Inicial (pre)			
Grupo	Experimental	Control	P - valor
Calidad de vida	2.85	3.72	0.123
STAI-R	42	35.88	0.072
BECK	26.71	23.45	0.447
BIS	64.57	62.54	0.667

Tras la intervención realizada, se midió el cambio obtenido en estas variables para ambos grupos, es decir, tanto en el grupo experimental como el control, tal y como se aprecia en la siguiente tabla.

Cambios entre el pretest y el post-test del grupo experimental y el grupo control

	Experimental		Control	
	Pre	Post	Pre	Post
Calidad de vida	2.85	6.45	3.72	5.18
STAI-R	42	23.09	35.88	27.81
BECK	26.71	13.16	23.45	12.09
BIS	64.57	42.90	62.54	57.09

No obstante, pese a que en apariencia el grupo experimental presenta un mayor cambio que el grupo control, si se comparan los resultados de ambos grupos al final de la intervención, tampoco se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones registradas para la mayoría de las variables estudiadas, a excepción de los resultados en la prueba de impulsividad (BIS). Obviamente, el pequeño tamaño del grupo experimental de esta una primera iniciativa exploratoria, dificulta la confirmación de las significaciones estadísticas. Se puede observar la comparación de los resultados finales entre grupos en la tabla siguiente.

Diferencias en Calidad de vida, Ansiedad, Depresión e Impulsividad en evaluación pre

Final (post)			
Grupo	Experimental	Control	Valor p
Calidad de vida	6,45	5,18	0,173
STAI-R	23,09	27,81	0,372
BECK	13,16	12,09	0,824
BIS	42,90	57,09	0,012

De forma adicional a los análisis ya efectuados hasta ahora, con el fin de poder valorar de forma más precisa la relevancia de los aparentes cambios producidos, se sometieron los datos a un análisis estadístico diferente mediante la prueba t para muestras independientes sobre **diferencias de cambio (delta)**.

Esta prueba se utiliza para comparar **la magnitud del cambio (delta)** de una variable entre dos grupos independientes y determinar si la diferencia entre las magnitudes de cambio en uno y otro caso es significativa. Es importante destacar que el cálculo del valor “delta” no es simplemente la diferencia de medias entre post y pre, sino la media de las diferencias post y pre de cada sujeto. Este enfoque es más preciso, ya que considera la variabilidad intra-sujeto. Asimismo, se calculó el **tamaño del efecto (d de Cohen)** para valorar la magnitud del cambio. En la siguiente tabla se presentan los resultados obtenidos:

Valoración comparativa del cambio producido entre el grupo experimental y el control

Grupo	Cambios en el grupo Experimental (Delta)	Cambios en el grupo Control (Delta)	Valor p	D de Cohen
Calidad de vida	4	1.45	0.04	0.93
STAI-R	-19.36	-5.55	0.03	-1.05
BECK	-14.66	-11.36	0.72	-0.23
BIS	-20.09	-5.45	0.02	-1.06

Como se observa en la tabla anterior, **la media de las diferencias de los resultados obtenidos entre la evaluación pre y post fue mayor para el grupo experimental que para el grupo control en todas las variables estudiadas**, siendo además esta diferencia estadísticamente significativa en todos los casos menos en la depresión. De igual modo, el tamaño del efecto de esos cambios puede considerarse entre grande y muy grande, con valores superiores a 0,8 en todos los casos a excepción, de nuevo, de la depresión.

Estos resultados señalan que el grupo experimental, es decir, **el grupo que ha recibido la intervención del proyecto PRESERVA, ha mejorado las puntuaciones en las pruebas utilizadas, presentando unos cambios significativamente más grandes que el grupo control.**

4.4. Satisfacción de las personas usuarias atendidas

Valoración de los espacios

Valoración de los espacios

	1. Inadecuados	2. Aceptables	3. Muy adecuados
Las instalaciones del servicio son adecuadas	7.69% (1)	38.46% (5)	53.85% (7)
El servicio me transmite seguridad	7.69% (1)	7.69% (1)	84.62% (11)
Las instalaciones del centro están limpias	7.69% (1)	7.69% (1)	84.62% (11)
El servicio es acogedor	7.69% (1)	15.38% (2)	76.92% (10)

En general, la **valoración de los espacios es muy positiva**, estando por encima del 53% en todos los aspectos y superando el 76% en 3 de ellos. En ningún momento se valoran los espacios negativamente por encima del 8% de la muestra. Todo esto indica un alto grado de satisfacción con las instalaciones donde se lleva a cabo el programa.

Valoración del proceso en el programa

Valoración del proceso en el programa preserva

	Sí	Igual que antes	No
¿Te sientes más segura para afrontar tus retos personales?	92.31% (12)	7.69% (1)	0%
¿Te sientes más ágil a nivel mental?	76.92% (10)	23.08% (3)	0%
¿Te sientes con más capacidad para retener información?	92.31% (12)	7.69% (1)	0%
En general ¿se han producido mejoras en tu situación?	92.31% (12)	7.69% (1)	0%
La dinámica de estimulación cognitiva (<i>Preserva</i>) me parece muy útil y se adapta a lo que yo necesito	100% (13)	0%	0%
La dinámica de grupo no se hace aburrida y la puedo seguir con facilidad	84.62% (11)	0%	15.38% (2)
A lo largo del programa, tanto en grupo como individualmente, se me han facilitado herramientas para mejorar mi rendimiento cognitivo	100% (13)	0%	0%

Observamos que, en **cuanto a la valoración del proceso, los resultados son muy positivos**. Se valoran positivamente por encima del 75% de las veces todos los aspectos de esta categoría. Como aspectos a destacar, el 100% de los y las participantes percibieron que la dinámica de estimulación cognitiva específica del programa Preserva les ha parecido muy útil a la vez que se adapta a sus necesidades individuales, así como que se les han facilitado herramientas a lo largo del programa para mejorar su rendimiento cognitivo.

El único aspecto que dos personas valoran negativamente es la pertinente a si la dinámica es entretenida y fácil de seguir, lo que también podría reflejar sus dificultades cognitivas que persistan. Es decir, en este aspecto, al igual que en el anterior, también nos encontramos una alta satisfacción de las personas participantes con el programa PRESERVA.

Valoración Global del servicio recibido en Can Coll

Valoración global del servicio

	1	2	3	4	5
Puntúa de 1 a 5, siendo 1 muy negativa y 5 muy positiva	0%	0%	7.69% (1)	38.46% (5)	53.85% (7)

Como se puede observar, en ninguno de los casos se obtuvo una puntuación de 2 o inferior, y un 92% de las puntuaciones se concentran en el 4 o 5, puntuando más de la mitad del total de las personas con un 5 al servicio, obteniéndose **una puntuación media de 4.46 puntos**. La satisfacción en este aspecto es también muy positiva, reforzando la idea que la satisfacción con la Comunidad Terapéutica es muy alta.

Otros aspectos a comentar

Tipo de atención recibida en el programa PRESERVA

Hablando del Programa Preserva, estás recibiendo atención:	
Atención individual	15.38% (2)
Atención grupal	7.69% (1)
Ambas	46,14% (6)
NC	30.77% (4)

En relación con la atención recibida, un 46% de los participantes manifestó que **reciben ambos tipos de atención**, un 15% solo atención individual y un 7% solo grupal; el 30% restante no respondió a esta pregunta.

4.5. Valoración general de la implementación del programa PRESERVA

Contexto inicial

Durante el ejercicio 2024 se ha llevado a cabo la implementación del programa PRESERVA con personas mayores de 45 años que estaban llevando a cabo un tratamiento para la rehabilitación de las adicciones en la Comunidad Terapéutica “Can Coll”. Cabe señalar que este programa experimental fue diseñado inicialmente gracias a que el propio equipo de intervención de esta Comunidad entendía que el perfil de población envejecida reclamaba un tipo de intervención especializada, específica y adaptada a la realidad cronológica de estas personas usuarias.

En este sentido cabe señalar que, durante el tratamiento, en esta Comunidad conviven personas de todas las edades a partir de 18 años, por lo que las realidades, similitudes y diferencias entre la población atendida suelen ser muy notables y, por tanto, también sus necesidades. Ello refleja la necesidad de que, a pesar de tratarse de un servicio residencial donde el peso de lo grupal es muy importante, se deben de tener en cuenta las especificidades e individualidades de la población que atendemos.

Descripción de la intervención realizada

Se ha intervenido de forma específica con las personas usuarias mayores de 45 años en dos contextos diferenciados, a saber:

- El **contexto grupal** (con un programa de estimulación cognitiva específico incluido en el diseño del Programa PRESERVA), y,
- El **contexto individual** (implementada tanto desde los espacios de psicoterapia individual semanales, como en las atenciones directas que se van llevando a cabo a lo largo de programa).

Hay que señalar que dichas intervenciones **se han llevado a cabo por los diferentes equipos profesionales implicados en la atención directa** de las personas usuarias, en concreto: el equipo educativo, el equipo psicológico, enfermería, la médico-psiquiatra y dos personas voluntarias.

Por otro lado, subrayar que, en cada uno de los casos atendidos en el marco de este proyecto, **junto a la evaluación estándar** realizada habitualmente en esta Comunidad, se ha procedido a **aplicar adicionalmente los cuestionarios ISP-20 y MOCA** para diagnosticar el deterioro cognitivo. Esto nos permitió llevar a cabo el presente estudio exploratorio en el que se han comparado los resultados obtenidos por un grupo de personas participantes al inicio del tratamiento con su evolución tras finalizar el mismo, tanto en las funciones ejecutivas como en los niveles de deterioro cognitivo.

Durante el tiempo que ha durado la fase de intervención, se han llevado a cabo un total **29 dinámicas grupales de estimulación cognitiva**, realizadas con una **periodicidad semanal**, donde han participado todas las personas susceptibles de formar parte del programa PRESERVA por su edad. En este sentido, hay que llamar la atención sobre el hecho de que el programa ha contado con una **alta participación**, registrándose una **asistencia media de 13 personas por sesión**, siendo la primera sesión la de menor asistencia con 7 personas. Posteriormente, el número de participantes fue aumentando debido a un notable **incremento en el número de personas atendidas en la Comunidad Terapéutica que cumplen con este perfil** a lo largo del segundo semestre del año. Así pues, al finalizar el año 2024, la asistencia ha llegado a ser de hasta 17 personas, que supone más de la mitad de las personas ingresadas en el centro (n=32).

Las dinámicas grupales se han llevado a cabo en la estructura horaria del tratamiento de “Can Coll” los **lunes de 18:30h a 20:00h**.

Para poder trabajar con un cierto nivel de profundidad cada uno de los temas previstos en el presente programa, cada sesión se centró manera específica en abordar cada una de las temáticas planteadas. En concreto, **el contenido trabajado** a lo largo de las sesiones grupales realizadas ha sido el siguiente:

1. Dificultades organizativas.
2. Dificultades espaciales.
3. Cálculo mental numérico. Razonamiento matemático.
4. Dificultades en la socialización.
5. Orientación espacial.
6. Identificación y conteo numérico.
7. Percepción y gnosias mediante el reconocimiento de imágenes.
8. Fluidez verbal.
9. Memoria remota.
10. Cálculo y concentración.
11. Atención.
12. Orientación tempo-espacial.
13. Tareas de la función ejecutiva.
14. Memoria inmediata.

15. Comprensión verbal.
16. Comprensión escrita.
17. Caligrafía.
18. Ortografía.
19. La percepción. Discriminación visual.
20. Aritmética básica.
21. Léxico y vocabulario. Producción y fluidez verbal.
22. Entrenamiento en praxias mediante el dibujo.
23. Refranero popular, frases hechas.
24. Fluidez del lenguaje.
25. Sudokus. Tareas de atención, concentración, aritmética y lógica matemática.
26. Desarrollo de la creatividad. Pensamiento simbólico vs pensamiento concreto.
27. Asociación de conceptos. Categorización, clasificación y comprensión
28. Fichas de cuaderno Esteve. Cálculo impreso www.mateslibres.com.
29. Ejercicios del cuaderno Ecognitiva (www.ecognitiva.com).

En cuanto a la **aplicación individual del programa PRESERVA**, en el que contamos con la participación de 6 profesionales y dos voluntarios, tal y como se ha señalado anteriormente, cabe destacar el **grado de coordinación y especialización de cada uno de los y las profesionales** que ha participado en la implementación del programa PRESERVA, ya que cada uno de ellos ha desarrollado objetivos de trabajo individual, teniendo en cuenta la perspectiva de edad y las condiciones descritas en el programa.

En concreto, el trabajo realizado por cada uno de los equipos profesionales ha sido el siguiente:

- **Psicología:** Los y las terapeutas de las personas mayores de 45 años, han tenido en cuenta tanto las condiciones específicas del programa, como las condiciones particulares de la persona usuaria debido a la edad en el momento de consensuar con la persona usuaria los objetivos a trabajar en cada una de las fases del tratamiento (tales como la prevención del aislamiento social, los síntomas depresivos o la promoción del autocuidado, por poner algunos ejemplos).

Vemos así que, en el registro del curso multidisciplinar, documento donde quedan descritas todas las intervenciones que se han llevado a cabo con dicha persona desde cualquier función profesional, ha quedado detallado y diferenciado aquello que se deriva de la edad de la persona usuaria, especificándose si la persona usuaria participa o no en el programa PRESERVA y registrándose todas las anotaciones relacionadas en un color diferente al resto para facilitar su identificación.

- **Equipo educativo:** Aunque el reparto de las horas del equipo educativo no es equitativo, ha habido una profesional que ha actuado como referente principal del programa que ha sido la persona encargada de llevar a cabo las dinámicas grupales, decidiendo de forma consensuada con el resto del equipo las herramientas y contenidos a trabajar en cada una de ellas. Asimismo, se ha encargado de la calendarización, la administración y el vaciado de los resultados obtenidos de los test ISP-20 y MoCA, tanto al inicio del tratamiento como

tras su finalización. Este equipo se ha encargado también de la fase de planificación de las salidas, que también se contemplan desde el análisis de perspectiva de edad que proporciona el programa PRESERVA.

- **Médico psiquiatra:** Detecta y evalúa el grado deterioro cognitivo, las necesidades específicas de la persona usuaria envejecida, y da traslado al resto del equipo de aquellas intervenciones específicas que la persona usuaria necesitará a lo largo del tratamiento que tienen que ver con el grado de deterioro tanto físico como mental debido a la edad. También pauta aquellos tratamientos farmacológicos (en algunos casos de profilaxis), que van dirigidos a la mejora de la función cognitiva, recuperación de praxias y gnosias, así como las condiciones físicas en las que puede desarrollar el tratamiento ligadas a la edad.
- **Enfermería:** Coordina su intervención con el médico psiquiatra, registrando y compartiendo todos los aspectos de su intervención específica, que implica tener en cuenta la edad cronológica de la persona usuaria, así como las curas y atenciones especiales fruto de la edad del paciente.
- **Voluntariado:** Son las personas que menor intervención hacen con la población candidata al programa PRESERVA, lo cual no resta relevancia a su influencia en el programa. En los espacios de Arte-terapia de los viernes por la tarde, y música-terapia los sábados por la mañana, se tiene en cuenta las características individuales de las personas usuarias de PRESERVA y se adaptan las tareas y funciones de cada uno de ellos a las necesidades específicas determinadas por su edad. Son espacios donde las funciones ejecutivas tienen protagonismo, y permite detectar dificultades o limitaciones desde la observación, que facilitan el desarrollo y adaptación de la intervención específica hacia la persona.

Respecto a la batería de test

Se determinó que era necesario, de cara a la correcta implementación del programa PRESERVA, llevar a cabo una prueba de los cuestionarios a utilizar, así como un estudio piloto sobre el deterioro cognitivo. Para ello, se planificó la cumplimentación de los test ISP-20 y MoCA por parte de todas las personas en tratamiento en esta Comunidad, independientemente a la edad cronológica, con el objetivo de poder tener una base en la que referenciarlos y comparar resultados.

Tal y como se ha detallado anteriormente, los **resultados de este estudio piloto exploratorio dejaron ver la existencia de necesidades específicas diferenciales para el grupo de personas usuarias mayores de 45 años, justificándose así la necesidad de una intervención específica teniendo en cuenta la perspectiva de edad, tal y como se plantea en el programa PRESERVA.**

Una vez se llevó a cabo la primera prueba de implementación de los cuestionarios, se siguió con el estudio según las condiciones descritas en el proyecto, es decir, a las personas mayores de 45 años, se les aplicó el test ISP-20 y MoCA tanto al inicio del tratamiento como tras la finalización del mismo por alta terapéutica a los 7 meses aproximadamente.

Una de las dificultades que nos hemos encontrado y que se preveían en la fase de diseño del programa, era la retención en el dispositivo, es decir, el abandono precoz del tratamiento bien por decisión propia de la persona usuaria, que decide causar alta voluntaria (éste suele ser un motivo de finalización del tratamiento habitual en las Comunidades Terapéuticas) o bien por decisión del equipo profesional, en forma de Cese del Tratamiento por incumplimiento de las condiciones del contrato terapéutico. Asimismo, también puede ocurrir que el equipo de intervención decida un Cambio de Proceso en caso de descompensación psiquiátrica o física, derivando a la persona a otro recurso.

En este sentido cabe señalar que, aunque las pruebas se administraron a un total de 29 personas usuarias, la muestra final analizada se compuso tan solo de 13 personas puesto que del resto no se contaba con la evaluación final ya que abandonaron el recurso precozmente por alguno de los motivos descritos anteriormente. Éste dato debe ser objeto de estudio, ya que a los tres meses de tratamiento (o de abstinencia en su defecto), se suelen dar bajadas motivacionales respecto a la abstinencia de tóxicos, menor compromiso con el proceso de rehabilitación y riesgo de abandono por falsa seguridad de bienestar.

Asimismo, cabe señalar que, a fecha 31 de diciembre de 2024, 12 personas del grupo incluidas en el Programa continuaban en tratamiento, pero fueron descartadas del análisis al no contar todavía con los resultados de los cuestionarios finales.

Cuestionario de satisfacción

Tal y como se ha descrito anteriormente, adicionalmente se ha administrado un cuestionario de satisfacción a las personas usuarias participantes en el programa PRESERVA.

Además de los resultados cuantitativos obtenidos y expuestos anteriormente, se recogieron campos abiertos sobre la satisfacción con el programa. Entre las respuestas destacamos las más frecuentes:

- “Encuentro muy acertado el programa PRESERVA para mayores de 45 años en “Can Coll”, ya que me encontraba lento, al pensar y lento al hablar”.
- “Me gustaría que tuviésemos más horas”.
- “Muy satisfecho con el Programa PRESERVA y con su educadora”.

4.6. Aspectos a tener en cuenta para próximas ediciones

Tras la implementación de este primer estudio exploratorio del programa PRESERVA, se han detectado una serie de **aspectos susceptibles de mejora y ampliación** para su aplicación durante el año 2025, las cuales se detallan a continuación:

- ✓ La facilitadora del programa ha detectado, mediante la observación directa, y en base al nivel de supervisión que cada persona ha necesitado para finalizar la tarea, que **los estados y niveles de cognición son muy diferentes entre las personas que configuran el grupo**. Eso

implica, que a la hora de determinar qué fichas trabajar, se requiere de una preparación previa para ajustar el nivel de los contenidos y los objetivos que persiguen las mismas, en función de la realidad y necesidades de cada una de las personas usuarias, con el fin de reforzar las áreas que más atención requieren para cada caso concreto según la evaluación realizada previamente al inicio de la intervención. Como mejora, además de la observación directa, se plantea incorporar a esta valoración las medidas objetivas adicionales extraídas de la evaluación realizada mediante los cuestionarios específicos (MoCA e ISP-20).

- ✓ Se detecta a su vez, que **no todas las personas evolucionan dentro del espacio y a nivel cognitivo de la misma manera**, encontrándonos incluso pacientes que llegan a mostrar un retroceso en las habilidades y resultados obtenidos, tanto en la reevaluación de los cuestionarios IPS20 y MOCA, como en el desarrollo de las fichas de estimulación cognitiva. Esta condición depende de la observación en tiempo real del profesional y la capacidad de ajustar la herramienta a las necesidades reales de cada persona, lo cual debe ser tenido en cuenta en el futuro.
- ✓ Se ha detectado también que, tal y como está organizado el espacio de dinámica grupal, la motivación y el interés de las personas usuarias decrece a partir de la cuarta semana por lo que, como mejora ya implementada, se ha valorado incluir en la metodología de aplicación del taller de estimulación cognitiva, una sesión mensual basada en la misma tipología de ejercicios, pero en esta ocasión desde **una perspectiva más lúdica y cooperativa** (por ejemplo, juegos de encadenar palabras en grupo, matemáticas mentales o identificación de objetos, por citar algunos ejemplos).
- ✓ Tras la aplicación del conjunto del programa en el marco del tratamiento general implementado en la Comunidad Terapéutica Can Coll, se ha detectado la necesidad de mejorar los **canales de comunicación entre los y las profesionales implicados/as**, así como en el **traspaso de información**, así como la **cultura del registro de la información** propia del programa PRESERVA, por lo que durante el 2025 se trabajará con el fin de consolidar todas estas cuestiones transversales a la implementación del programa.
- ✓ En cuanto a la intervención multidisciplinar, y teniendo en cuenta la estructura del programa, en el momento que la persona en tratamiento inicia **las salidas al exterior** (en función de la fase del proceso en el que se encuentre), el equipo educativo ha detectado grandes dificultades a la hora de planificar el tiempo, la exploración de recursos y actividades vinculadas a los intereses personales, dificultando el cumplimiento de la planificación. Por todo ello, esto debe ser tenido en cuenta en el futuro como área de mejora del programa, buscando adaptar las herramientas empleadas, así como las que se puedan incorporar. Este es un hecho diferencial con el perfil de personas más jóvenes que no están incluidos en el programa PRESERVA.
- ✓ Otro de los factores detectados que limitan y entorpecen la tarea de la reinserción (ya sea social, laboral y/o familiar), tiene que ver con **el uso de las nuevas tecnologías**, como son el teléfono móvil y el uso aplicaciones o el manejo de ordenadores, herramientas informáticas e Internet, condicionando la posterior aplicación del programa. Esto debe ser

tenido en cuenta en el futuro con el fin de poder ofrecer herramientas de aprendizaje específicas que cubran dicho déficit o bien, capacitando a las personas usuarias para el manejo de estas nuevas tecnologías de forma explícita como parte del proceso de intervención.

5. Conclusiones

El proyecto PRESERVA ha permitido explorar la problemática de la dependencia de drogas en personas mayores de 45 años dentro de un entorno terapéutico especializado, poniendo en evidencia la necesidad de adaptar los tratamientos a las particularidades de este grupo de edad.

En este sentido, los principales hallazgos y conclusiones del estudio piloto son los siguientes:

- **Diferencias en el perfil sociodemográfico y clínico:** Se identificó que las personas mayores de 45 años presentan características diferenciales respecto a las menores de esa edad. Destaca una mayor proporción de mujeres en este grupo, un predominio del alcohol como sustancia principal de consumo, y una mayor prevalencia de depresión diagnosticada, aunque con menores niveles de impulsividad y ansiedad en comparación con los más jóvenes.
- **Impacto del deterioro cognitivo:** A pesar de no haberse podido probar diferencias significativas en la evaluación cognitiva general (MoCA) entre los grupos etarios, sí se evidenció que las personas mayores de 45 años presentaban un mayor nivel de disfunción ejecutiva según el Inventario de Síntomas Prefrontales abreviado (ISP-20). Esto refuerza la importancia de incorporar intervenciones específicas de estimulación cognitiva en los programas de tratamiento para este grupo.
- **Resultados de la intervención:** El análisis pre-post intervención mostró mejoras significativas en las puntuaciones cognitivas y ejecutivas tras la implementación del programa PRESERVA. Se observaron avances en las funciones ejecutivas, la motivación, la regulación emocional y el funcionamiento social, lo que indica que la intervención ha sido efectiva en la recuperación de habilidades cognitivas y en la mejora del bienestar emocional. Adicionalmente, se observaron mejoras significativamente mayores en variables como la calidad de vida, la ansiedad y la impulsividad entre quienes participaron en el programa, en comparación con un grupo control de la misma edad y atendidos en el mismo centro, antes del inicio del programa PRESERVA.
- **Satisfacción de los participantes:** Los usuarios atendidos valoraron muy positivamente el programa, destacando su utilidad y su adaptación a sus necesidades. La percepción de mejoras en la calidad de vida, el afrontamiento de retos personales y la agilidad mental refuerza la pertinencia de este tipo de intervenciones en comunidades terapéuticas.

- Áreas de mejora y futuro desarrollo: Se identificaron aspectos susceptibles de optimización, como la necesidad de personalizar aún más las actividades de estimulación cognitiva según el nivel individual de deterioro, la mejora de la coordinación entre profesionales y la incorporación de estrategias para el manejo de las nuevas tecnologías en la reinserción social y laboral. Además, se propone ampliar el tamaño muestral y realizar un seguimiento longitudinal para evaluar la sostenibilidad de los efectos observados a largo plazo.

En conclusión, el proyecto PRESERVA demuestra la importancia de adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades específicas de las personas mayores de 45 años con drogodependencias. Se ha evidenciado que este grupo presenta desafíos particulares, pero también un alto potencial de recuperación con estrategias adecuadas. Los resultados positivos obtenidos refuerzan la viabilidad y la relevancia de implementar y ampliar este tipo de programas en el futuro.

6. Bibliografía

- Azaraeen, S., & Memarian, S. (2015). Comparison of cognitive failures in addicts and non addicts. *2015 Sixth International Conference of Cognitive Science (ICCS)*, 8-12. <https://doi.org/10.1109/COGSCI.2015.7426663>.
- Better Treatment for Aging Drug User (BETRAD). (2018). Disponible en <https://erasmus-plus.ec.europa.eu/projects/search/details/2016-1-LU01-KA204-013837>
- Bruijnen et al. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and Alcohol Review*, 38, 435 - 442. <https://doi.org/10.1111/dar.12922>.
- Centro de Estudios Epidemiológicos sobre ITS y Sida de Cataluña (CEEISCAT). (2022). Informe sobre Consumo de Sustancias en Poblaciones Específicas.
- Chaoet al (2019). Cognitive function in aging cocaine smokers. *Journal of Psychopharmacology*, 33, 801 - 810. <https://doi.org/10.1177/0269881119849812>.
- Consejo de la Unión Europea. (2020). Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2021-2025. Diario Oficial de la Unión Europea
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2022). Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) 2022. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
- Idescat. (2023). Anuario estadístico de Cataluña.
- Infocop. (2023). Personas mayores y consumo de drogas. Disponible en: <https://www.infocop.es/personas-mayores-y-consumo-de-drogas/>

- Ministerio de Sanidad. (2021). Informe de la Comisión Clínica para el Tratamiento de las Adicciones.
- Monds et al (2017). Cognition and adaptive functioning in older people attending drug and alcohol services. *International Psychogeriatrics*, 29, 815 - 823. <https://doi.org/10.1017/S1041610216002428>.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2023). El consumo de drogas entre los adultos mayores.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2018). Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2018). Informe 2017. Consumo problemático de drogas 2006-2015. Madrid
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2023). Informe OEDA 2023. Recuperado.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2022). Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2018). Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ros-Cucurull et al. (2017). Cognitive impairment associated with drug use in old age people. *European Psychiatry*, 41, s876 - s876. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1765>.
- Subdirección General de Salud Mental y Adicciones. (2022). Informe de Adicciones en Población Mayor de 45 años.
- Vonmoos et al. (2014). Cognitive Impairment in Cocaine Users is Drug-Induced but Partially Reversible: Evidence from a Longitudinal Study. *Neuropsychopharmacology*, 39, 2200-2210. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.71>.
- Wang et al (2017). Pattern and related factors of cognitive impairment among chronic methamphetamine users. *The American Journal on Addictions*, 26, 145–151. <https://doi.org/10.1111/ajad.12505>.
- Ziad et al. (2021). Anticholinergic Activity of Psychotropic Drugs and Cognitive Impairment Among Participants Aged 45 and Over: The CONSTANCES Study. *Drug Safety*, 44, 565 - 579. <https://doi.org/10.1007/s40264-021-01043-5>