



# BeTrAD

Un mejor tratamiento para  
personas consumidoras de  
drogas que envejecen

---

Informe Nacional  
España

# Contenido

Prólogo	5
Entidad coordinadora de BETRAD	5
Entidades socias del proyecto en España	6
Plan Nacional sobre Drogas	7
El consumo problemático de drogas en España	8
Perfil sociodemográfico de las personas mayores de 40 años con consumo problemático de drogas en Cataluña.	13
Evaluación del proyecto sobre la situación del consumo de drogas en personas mayores de 40 años en Europa	16

<b>Ejemplos de buenas prácticas en la atención a personas consumidoras de drogas que envejecen</b>	<b>21</b>
Recopilación de ejemplos de buenas prácticas en Europa	21
El Programa de Atención a Ancianos Consumidores PAAC (Barcelona, España)	25
Selección de tres buenas prácticas europeas	27
Live-in Care Center (WZC) Bilzenhof, Amberes, Bélgica	27
TABA - Walferdange, Luxemburgo	29
VNN Polyclinic Leeuwarden, Holanda	31
Woodstock – El Haya, Holanda	33
<b>Betrad Toolbox: herramientas y recursos útiles para mejorar la atención a las personas consumidoras de drogas que envejecen</b>	<b>35</b>
<b>Programa de formación a profesionales que trabajan en la atención a personas consumidoras de drogas de edades avanzadas</b>	<b>37</b>

El envejecimiento de la población consumidora de drogas según expertos del ámbito gubernamental, educativo, entidades de atención a las drogodependencias y de la geriatría	38
Ámbito gubernamental	38
Ámbito educativo	40
Ámbito de la geriatría	43
Ámbito de las drogodependencias	45
La perspectiva de las personas consumidoras de drogas de edades avanzadas	47
Recomendaciones	51
Recomendaciones de ámbito europeo del proyecto Betrad	51
Recomendaciones específicas de ámbito nacional	55
Bibliografía	59

# Prólogo

## Entidad coordinadora de BETRAD

En el marco del programa ERASMUS +, BeTrAD tiene como objetivo mejorar el tratamiento para los consumidores de drogas de edad avanzada.

El proyecto ha sido coordinado por la Fundación Jugend-an Drogenhëllef de Luxemburgo, una entidad que trabaja con personas que consumen drogas ilegales y ofrece varios servicios, como los programas de terapias sustitutivas y de vida diaria asistida.

Anteriormente al proyecto Betrad, la Fundación Jugend-Drogenhëllef coordinó el proyecto Leonardo Da Vinci "Sucht am Alter" ("Adicción y personas mayores", 2013-2015), que tenía como objetivo identificar las necesidades y estructuras de respuesta fundamentales para el proveedor de servicios sanitarios en la atención a las personas mayores con drogodependencias.

El proyecto BeTrAD ha contado con la colaboración de seis entidades de cuatro países europeos: Alemania (Integrative Drogenhilfe y Frankfurt University of Applied Sciences); España (Fundación Salud y Comunidad y Departamento de Salud. Agencia de Salud Pública de Catalunya); Holanda (De Regenboog Groep) y República Checa (Sananim).

El objetivo del proyecto es evaluar la situación de las personas mayores que usan drogas ilegales en Europa. BeTrAD ha generado cinco productos principales: un informe europeo de evaluación, una recopilación de buenas prácticas de servicios específicos y generales dirigidos a personas mayores que usan drogas, la elaboración de una caja de herramientas y finalmente, de cinco informes nacionales (uno por cada país participante del proyecto). Los resultados se han difundido en distintos módulos compactos y se han incluido en el programa formativo de la escuela de verano final del proyecto en Frankfurt.

Con la elaboración de los informes nacionales, como el presente, se pretende aportar una visión general del país sobre sus políticas de drogodependencias en relación a las personas mayores, junto a una recopilación de sus prácticas y recomendaciones en esta materia.

Deseo agradecer a todos aquellos quienes han participado en BeTrAD su colaboración en el proyecto.

Jean-Nico PIERRE  
Coordinador del Proyecto BeTrAD

## Entidades socias del proyecto en España

El proyecto BETRAD ("Better TReatment for Aging Drug Users") nace de una realidad reconocida tanto en Europa como en el ámbito nacional, que es el envejecimiento de la población usuaria de drogas, especialmente si nos detenemos en las personas consumidoras de opiáceos de larga evolución que iniciaron el consumo en los años 80 y 90, y que, una vez superado este período que produjo una alta morbimortalidad, constituyen ahora una población envejecida con importantes problemas de salud que merece un abordaje específico desde la perspectiva de salud pública.

Con el desarrollo del proyecto BETRAD esperamos poder aportar, tanto en el ámbito nacional como autonómico, un mayor conocimiento sociodemográfico de la población que usa drogas ilegales que envejece, dotar a los profesionales que trabajan con esta población desde diferentes ámbitos (drogodependencias, geriatría, atención primaria...) de formación y recursos necesarios para atenderla de forma más específica y conocer e implementar modelos de buenas prácticas desarrollados en otros países europeos.

Joan Colom  
Director del Programa de Prevención, Control y  
Atención al VIH, las ITS y las Hepatitis Víricas  
Subdirector general de Drogodependencias  
Agencia de Salut Pública de Catalunya

Xavier Ferrer  
Director técnico  
Fundación Salud y Comunidad

# Plan Nacional sobre Drogas

Es para mí un placer introducir esta publicación sobre el proyecto BeTrAD (Better Treatment for Aging Drug Users), iniciativa de una amalgama de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y universidades europeas, y en la que participa España a través, por un lado, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, y por otro de la Fundación Salud y Comunidad, y que cuenta con el apoyo de esta Delegación del Gobierno.

El problema (o reto, más bien) de la existencia de usuarios de drogas que han alcanzado una edad avanzada es consecuencia, paradójicamente, de un éxito del abordaje eficaz de las adicciones y de sus enfermedades asociadas, especialmente de las patologías infecciosas asociadas al uso de drogas por vía endovenosa (VIH y VHC, especialmente). El tratamiento adecuado y multidisciplinar de los pacientes, unido a la aparición de nuevos fármacos antivirales eficaces, han determinado una supervivencia impensable hace quince años, normalizando la esperanza de vida de estos pacientes con la de su grupo de edad.

Para enfrentarnos a este reto, en España y dentro de la actual Estrategia Nacional de Adicciones, hemos diseñado una acción específica que forma parte del nuevo Plan de Acción que empezaremos a desarrollar en este mismo año: el Proyecto Mayores y Crónicos, que liderado por esta Delegación nos va a permitir aunar y homologar los esfuerzos en este campo con las Comunidades Autónomas para conseguir una mayor eficacia y eficiencia.

Así, la colaboración permanente entre los territorios, filosofía fundamental de la Unión Europea, se podrá ampliar al ámbito europeo gracias al Proyecto BETRAD, con el que nos comprometemos a seguir colaborando en lo que nos sea demandado.

Azucena Martí Palacios  
Delegada del Gobierno

# El consumo problemático de drogas en España

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) define el consumo problemático de drogas (CPD) como el «consumo por vía parenteral o consumo habitual o de larga duración de opiáceos, cocaína o anfetaminas». Dada la existencia de diversidad entre países cuanto a la definición de CPD y metodologías utilizadas para calcular el CPD, el Observatorio advierte de la discrecionalidad a la hora de establecer comparativas entre países.

En España, las fuentes utilizadas para el cálculo del CPD son, las encuestas en población general (EDADES) y en estudiantes (ESTUDES) y el Indicador Admisiones a Tratamiento.

Según el informe de país publicado por el OEDT en 2017 (ver infografía 1), del total de admisiones a tratamiento (excluyendo el alcohol) durante el año 2015 (OEDA. Informe 2017), el 37% es por cocaína como droga principal, el 34% por cannabis, el 22% heroína, el 6% otras drogas y finalmente sólo el 1% por anfetaminas. Entre los jóvenes de 15 a 34 años, el cannabis es la principal droga consumida (17,1%) seguida en menor escala por la cocaína (3%), MDMA (1,3%) y las anfetaminas (1%).



### Consumo de drogas

en adultos jóvenes (15-34 años)  
en los últimos 12 meses

#### Cannabis

**17.1 %**



11 % 23.1 %

#### Otras drogas

Cocaína	3 %
Anfetaminas	1 %
MDMA	1.3 %

### Consumidores de opioides de alto riesgo

**65 322**

(48 991 - 81 652)

### Admisiones a tratamiento

por droga principal



● Cannabis, 34 %
● Anfetaminas, 1 %
● Cocaína, 37 %
● Heroína, 22 %
● Otras, 6 %

### Pacientes en tratamiento de sustitución de opioides

**61 859**

### Jeringuillas distribuidas

a través de programas  
especializados

**1 483 399**

### Muertes por sobredosis



### Diagnósticos de VIH atribuidos a la vía parenteral



Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC).

### Infractores de la legislación sobre drogas

**411 157**

### Principales 5 drogas

incautadas por cantidad  
en kilogramos

1. Resina de cannabis
2. Cocaína
3. Hierba del cannabis
4. Anfetamina
5. Heroína

### Población

(15-64 años)

**30 808 472**

Fuente: Eurostat.  
Fecha: 20.3.2017

**NB** Los datos presentados corresponden a las estimaciones nacionales (prevalencia de consumo, consumidores de opioides) o a las cifras facilitadas por medio de los indicadores del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (pacientes en tratamiento, jeringuillas, defunciones y diagnósticos de VIH, delitos relacionados con las drogas y decomisos). En el Boletín estadístico del EMCDDA, puede consultarse la información detallada sobre la metodología, así como las advertencias y las observaciones formuladas a las limitaciones que plantean los datos disponibles.

## Consumo problemático de cocaína

Según el informe 2017 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) sobre consumo de drogas, se estima que de 620.000 personas que habían consumido cocaína el último año 72.962, el 11,7% tenían un consumo problemático de cocaína (indicador de frecuencia de consumo: habían consumido más de 30 días el último año, datos EDADES 2015). El perfil de la persona con dicho consumo problemático, es de un varón de 37 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando. La gran mayoría han consumido drogas legales en los últimos 30 días.

En comparación con años anteriores, el índice de consumo problemático de cocaína tiende a la baja, pasando de 16,4% el 2011 a 11,7% el 2015. También tiende a disminuir el número de pacientes que ingresan por primera vez en tratamiento.

### Consumo problemático de opioides y consumo por vía inyectada

En España (ver infografía 1), se estima que hay 65.322 personas que hacen uso de opioides de alto riesgo, cifra que oscila entre 48.991 i 81.652, y 61.850 pacientes están en tratamiento agonistas opiáceos. El número de pacientes que ingresan por primera vez en tratamiento tiende a disminuir con los años.

Respecto al consumo problemático de heroína se estima un total de 79.471 personas, cifra que oscila entre 48.102 i 92.840 (OEDA. Informe 2017. Consumo problemático de drogas 2006-2015). Se observa una tendencia creciente desde el 2013 (65.648, entre 52.122 - 79.173).

Por último, en España se estima que el número de personas que se inyectan oscila entre 6.818 y 15.278. Si bien se observa un aumento respecto a años anteriores, es necesario observar la evolución de los años posteriores dado que este incremento puede ser debido a cambios en el sistema de notificación de los centros de tratamiento.

### Mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas

En 2015 de las 422.568 defunciones en España y se registraron 390 defunciones por consumo de sustancias psicoactivas (según CIE-10), cifra inferior a la registrada en el 2014 (455). Tal como se muestra en la gráfica 1 la mayoría de fallecimientos son hombre de edad superior a 35 años.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según edad. España, 1999-2015.



Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (CEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Gráfica 1. Mortalidad por consumo de sustancias psicoactiva según edad. 1999-2015

## Enfermedades infectocontagiosas en personas que se inyectan drogas

El uso inyectado de drogas es un factor de riesgo de contracción de enfermedades infecciosas tales como el VIH, SIDA o el virus de la hepatitis C.

Tal como muestra la infografía 1, la incidencia de casos de VIH entre las personas que se inyectan drogas continúa con una clara tendencia a la baja. Durante el 2015 se registraron 95 nuevos casos de VIH, que representa sólo un 2,8% del total de diagnósticos de VIH (3.428, según OEDA. Informe 2017).

Respecto a la incidencia del SIDA, de los 497 casos nuevos durante el 2015, el 13,7% se atribuyó a personas que usan drogas por vía inyectada.

Por otro lado, los datos facilitados por el OEDA del 2015 indican la elevada prevalencia del virus de la hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas, 66,5% (admitidas a tratamiento que se han inyectado alguna vez en la vida) y 68,9% (admitidas a tratamiento que se han inyectado alguna vez durante los últimos 12 meses).

El consumo problemático de drogas de la población mayor de 40 años en España

Los datos sobre el consumo de drogas en la población de 40 años o más indican una tendencia al alza si focalizamos en el grupo de personas que usan los opiáceos, con una edad media de inicio de tratamiento de 41 años, y de 36 en el caso de la cocaína (OEDA 2017).

En España, durante el 2015, de 47.285 demandas de tratamiento (excepto alcohol), el 32,13% tenían 40 años o más, y la proporción fue mayor en los inicios de tratamiento por opioides, de los cuales el 60% son mayores de 40 años y en los inicios de tratamiento por dependencia a hipnosedantes, de los cuales el 55,81% es mayor de 40 años. En el caso de la cocaína, el 33,17% tiene 40 años o más. Sin embargo, de los inicios de tratamiento por cannabis, sólo un 10% tiene 40 o más años.

Respecto a los inicios de tratamiento de las personas de 40 años o más, los opiáceos son la droga principal (48,12%) seguido de la cocaína (35,01%) y del cannabis (11,12%). La franja de edad de 40 a 54 años representa la mayoría de los inicios de tratamiento (91%), mientras que de los inicios de tratamiento a partir de los 55 años sólo representan el 9%.

## Perfil sociodemográfico de las personas mayores de 40 años con consumo problemático de drogas en Cataluña.

La Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya dispone del Sistema de Información en Drogodependencias (SIDC), a través del cual se monitoriza la actividad y perfil sociodemográfico de las personas que inician tratamiento en los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS), y que también recoge la actividad y perfil de las personas que acuden a los centros de reducción de daños. Respecto a estos últimos centros, el Centro Epidemiológico sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA en Cataluña (CEEISCAT) lleva a cabo un estudio bianual transversal que tiene como objetivo monitorear el VIH, el VHC y las conductas de riesgo asociadas en personas que se inyectan drogas reclutadas en centros de reducción de daños (CRD) en Cataluña.

A partir de los datos de inicios de tratamiento (SIDC 2017), y de los resultados del corte transversal del estudio 2014-2015 del CEEISCAT, se realizó un análisis descriptivo de los resultados teniendo en cuenta la población de 40 años o más. De los inicios de tratamiento sólo se consideraron los pacientes que iniciaron tratamiento por trastorno por consumo de cocaína y/o heroína, con tal de poder detectar diferencias de perfil entre dichos pacientes y las personas usuarias de CRD que consumían como droga principal la heroína y/o cocaína.

Se tomó una muestra de 2.479 personas, de las cuales 2.141 corresponden a inicios de tratamiento en CAS (1.030 por consumo de heroína y 1.111 de cocaína) y 338 de CRD (167 consumo principal de heroína, 167 de cocaína y 4 desconocido).

El objetivo de dicha explotación es conocer la situación de consumo y el perfil sociodemográfico de esta población, y observar si existen diferencias comparables entre las personas en tratamiento y las que acuden a los centros de reducción de daños, y entre los consumidores de cocaína y los de heroína en tratamiento.

Según los datos del SIDC durante 2017 se notificaron 13.716 inicios de tratamiento, de los cuáles el 22,17% por cocaína como droga principal, y el 12,79% por heroína. Del total de inicios de tratamiento por cocaína o heroína, el 44% tenía 40 o más años. De los usuarios de centros de reducción de daños de la muestra, el 46,3% tenía 40 o más años.

La mayoría del total de la muestra analizada eran hombres (85% CAS; 86% CRD) y de origen español (88% CAS; 79% CRD). Si comparamos estos resultados con la población general, el 51% de la población general es mayor de 40 años, sin embargo, la proporción de hombres es menor, del 46% (IDESCAT 2017)

Respecto a la edad de inicio de consumo, una proporción importante de los usuarios de centros de reducción de daños, el 42,6%, empezó a consumir temprano, entre los 15 y 19 años, mientras que en los pacientes de CAS la edad de inicio está más repartida y la mayor proporción se inició a los 25 años o más tarde (33,2%).

Respecto al nivel de instrucción tanto en los pacientes de CAS como de reducción de daños, más del 65% tiene un nivel bajo de estudios (primarios o inferior), proporción superior a la de la población general, que en el 2011 se situaba en el 47% (IDESCAT, 2011, población entre 35-64 años).

La condición de vivienda es diferente si comparamos pacientes de CAS y de CRD. el 31,4 % de los usuarios de CRD no tiene dispone de domicilio fijo, mientras que, del total de pacientes de CAS de la muestra analizada, el 6,1% no tiene domicilio fijo.

Si se analiza esta variable comparando los pacientes que inician tratamiento por consumo de cocaína y por consumo de heroína, también se observan claras diferencias: en los pacientes en tratamiento por consumo de heroína, el 52,4% tiene domicilio fijo, el 31,2% está en instituciones penitenciarias y el 7,6% no tiene domicilio fijo, mientras que en los pacientes que inician tratamiento por consumo de cocaína la mayoría, el 87%, tiene domicilio fijo, el 5,5% está en instituciones penitenciarias y el 4,8% no tiene vivienda fija.

Cuánto a la situación laboral, más del 35% de los dos perfiles analizados (CAS y CRD) se encuentra en situación de paro, solo un 13,4% de los pacientes de CRD tienen un trabajo remunerado y una proporción importante, 47,8% cobra una pensión. La proporción de pacientes de CAS con trabajo remunerado es superior, del 34,2%, sin embargo, si comparamos pacientes en tratamiento por consumo cocaína con pacientes en tratamiento por consumo de heroína, en éstos últimos el porcentaje de personas sin trabajo remunerado es más alto (43,8% no tiene un trabajo remunerado respecto al 19,3% en el caso de inicios de tratamiento por cocaína).

De las personas de CRD, el 91,9% habían recibido tratamiento previamente mientras que en los pacientes de CAS la proporción fue del 67,6%.

Finalmente, destacar la alta seroprevalencia en las personas que se inyectan drogas de VHC (65,8%) y de VIH (27,3%).

Como conclusión, la población estudiada representa una proporción significativa de las personas que son atendidas en los servicios de drogodependencias, con unas características sociodemográficas que deben ser tomadas en consideración con tal de poder dar una respuesta adecuada a las necesidades que presentan. Variables como la larga evolución de consumo, la condición de vivienda, la situación laboral, el nivel de instrucción y la presencia de enfermedades crónicas, sitúan a una parte de esta población en una situación de vulnerabilidad para afrontar en condiciones el proceso de envejecimiento que ya han iniciado de forma precoz.

**BeTrAD**

# Evaluación del proyecto sobre la situación del consumo de drogas en personas mayores de 40 años en Europa

En la Unión Europea, hay alrededor de 510.060,000 personas (de 15 a 64 años) y alrededor de 1.300.000 que realizan un consumo problemático de opiáceos. Dicho grupo representa una proporción del 0,4% de toda la población europea (EMCDDA, 2015).

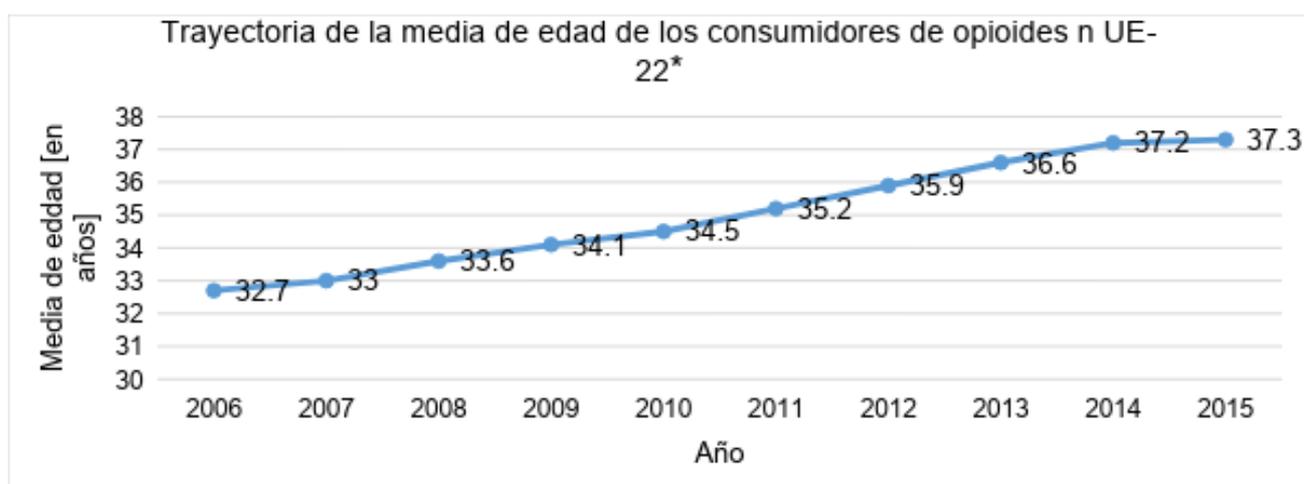
En la Unión Europea, en 2008, un 65% de las personas que usaban drogas de edad avanzada (mayores de 40 años) indicaron los opiáceos, principalmente la heroína, como la principal droga por la que iniciaron tratamiento (EMCDDA, 2010).

A través de una muestra de 2015, se ha estimado que dichas personas representaban alrededor del 36,3% en toda Europa. Si bien en 2006 la proporción de personas que usaban opiáceos mayores de 40 años que iniciaron tratamiento era de uno de cada cinco, en 2015 era de dos de cada cinco personas que lo habían iniciado (EMCDDA, 2017a).

En Europa, muchas personas que usan opiáceos de largo recorrido están envejeciendo y tienen 40 o 50 años. Esta cifra representa ya una gran parte en la mayoría de los países europeos y, por la trayectoria en el pasado y el "sobreenvejecimiento" esperado en el futuro, dicha cifra podría aumentar. Algunos países europeos registran ya medias de edad de 40 años o más en el caso de aquellas personas que han iniciado tratamiento y cuya droga principal son los opiáceos (EMCDDA 2015).

En los distintos países de la UE-28, los datos específicos acerca de los consumidores problemáticos de opioides de 40 años o más varían entre porcentajes muy bajos y muy elevados. La mayoría de los países europeos experimentan una cifra cada vez mayor de consumidores de edad avanzada que inician tratamiento, lo que ha hecho que este grupo de edad constituya una proporción cada vez mayor de consumidores de drogas de edad avanzada que inician tratamiento. Los datos de la EMCDDA de 2008 (EMCDDA 2010) registraron el indicador de demanda de tratamiento en más de 450.000 consumidores de drogas que iniciaron tratamiento en instalaciones especializadas: 82.000 tenían 40 años o más. A nivel europeo, este grupo de edad representa entre el 1,6% y el 28% de los consumidores que inician tratamiento en los países que proporcionaron datos.

A nivel europeo, la media de edad de los consumidores de opioides que iniciaron tratamiento aumentó de los 32,7 años en 2006 a los 37,3 años en 2015 (ver gráfica 2)



Gráfica 2. Trayectoria de la media de edad de todos los consumidores problemáticos de opioides que iniciaron tratamiento en la UE-22\* (Datos de la EMCDDA 2015)

\*Cambios en la estructura de edad a lo largo del tiempo de los consumidores en tratamiento cuya droga principal son los opioides. Solo se incluyen los países con al menos diez años de datos disponibles (en países con sólo diez años de datos, se reproducen los datos del año más reciente disponible).

Existen 680.000 consumidores de opioides en tratamiento sustitutivo de opioides, lo que significa aproximadamente el 50% de todos los consumidores. No existen datos a nivel europeo sobre consumidores de opioides mayores (más de 40 años) en tratamiento sustitutivo de opioides (EMCDDA 2010, 2017a). En la mayoría de los países europeos tampoco existen datos específicos de edad. Solo existen datos puntuales en algunos de los países o regiones específicas de dichos países.

El Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2009-2012 especifica un conjunto de prioridades de reducción de la demanda de drogas, es decir, la prevención, el tratamiento y los servicios de reducción de los daños. El objetivo de dicho Plan de acción sobre drogas es instar a los estados miembros a mejorar la calidad y eficacia de dichos servicios, así como a tener en cuenta sus necesidades específicas (incluidas las relacionadas con la edad). Sin embargo, en 2010, ninguna política sobre drogas de los estados miembros contemplaba una estrategia para tratar a los consumidores de drogas de edad avanzada. En algunos países europeos, los adultos de edad avanzada figuran como grupo vulnerable por su riesgo a padecer problemas relacionados con el alcohol y las drogas; sin embargo, ello se refiere principalmente al uso indebido de medicamentos de venta sin receta. En general, el desarrollo de intervenciones y tratamientos específicos para consumidores de drogas de edad avanzada y que envejecen ya se considera una prioridad (EMCDDA, 2010). En el último Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2017-2020, el envejecimiento y el consumo de drogas también se mencionan explícitamente como parte de la reducción de la demanda de drogas (1):

*Objetivo: Aumentar la eficacia de los tratamientos contra la adicción y de rehabilitación, incluyendo servicios para personas afectadas de comorbilidad, a fin de reducir el consumo de drogas ilícitas; el consumo problemático de drogas; la incidencia de la dependencia de las drogas y riesgos y daños causados por la droga a la salud y a la sociedad, y apoyar la recuperación y la integración o reintegración social de los consumidores de drogas problemáticos y dependientes.*

*Actuación 6: Desarrollar y ampliar la diversidad, la disponibilidad, la cobertura y la accesibilidad de los servicios basados en datos empíricos de tratamiento integrado y exhaustivo. Garantizar que estos servicios aborden el policonsumo de drogas (consumo combinado de sustancias ilícitas y legales, como los medicamentos psicoactivos, el alcohol y el tabaco) y las necesidades emergentes de la población consumidora de drogas de edad avanzada, así como las cuestiones específicas de género.*

(Véase Unión Europea 2017) incluidas algunas de las actuaciones mencionadas.

Dentro del debate sobre los cambios demográficos de la sociedad, las preguntas en torno a los drogodependientes que envejecen y realizan un consumo de drogas problemático son de interés, pero aún no se han planteado en muchos estados miembros. Deben aclararse algunos puntos específicos acerca de la prestación de asistencia social y de la financiación de la atención para el grupo de consumidores de drogas que envejecen (EMCDDA 2010, 2013).

La mayoría de los sistemas de bienestar europeos se basan en la mejora de la situación financiera de las personas necesitadas o en la mejora de sus posibilidades de empleo o de cualquier otro aspecto, por ejemplo, la salud o la salud mental. En algunos países, las ayudas sociales están orientadas a los resultados, por lo que no existe el derecho de las personas sin experiencia laboral (que es sobre todo el caso de los consumidores problemáticos de drogas de larga evolución) a tener el mayor nivel de apoyo financiero para la atención médica. En algunos estados miembros, recibir ayuda financiera para medicamentos podría ser un problema para los consumidores de drogas que envejecen. En algunos casos, la ayuda financiera para el tratamiento está cubierta por los fondos de pensiones. Su funcionamiento se basa en el principio de que el coste del tratamiento de drogas será recuperado en el futuro por el seguro de la persona al reincorporarse al mercado laboral. Los consumidores de drogas que envejecen, un grupo vulnerable con una alta necesidad de apoyo, a menudo tienen comorbilidades sociales y de salud que les dificultan o imposibilitan la reincorporación al mercado laboral. Por lo tanto, la financiación y el tratamiento continuos para los consumidores de drogas de edad avanzada constituyen una cuestión fundamental para los representantes europeos (EMCDDA 2017b).

Al parecer, el marco del debate europeo actual sobre cómo motivar a los consumidores problemáticos de drogas respecto al tratamiento, la mejora del apoyo al bienestar, la abstinencia o el inicio de programas de rehabilitación, especialmente cuando es poco realista la posibilidad de empleo de los consumidores de drogas de edad avanzada, se centra de antemano y principalmente en las necesidades y la situación de los consumidores de drogas más jóvenes. Los modelos de bienestar y las políticas de lucha contra las drogas existentes no satisfacen las necesidades de dichos consumidores de drogas de edad avanzada. Además, el principio de integración social a través de la participación en el mercado de trabajo convencional requiere de la persona un nivel de salud suficiente. Es necesario desarrollar políticas y opciones de reintegración social alternativas para los consumidores de drogas de edad avanzada (EMCDDA, 2013).

A nivel europeo, la cambiante estructura demográfica tiene repercusiones en muchos ámbitos políticos de los países europeos; por ejemplo, la educación, la vivienda, la medicina y la enfermería. La necesidad de tratamiento médico y atención sanitaria, la atención ambulatoria, la vivienda especializada y movilidad representarán una importante carga financiera para los países y regiones europeas en el futuro (EMCDDA, 2013). En la mayoría de los países europeos ya existen políticas y servicios dirigidos a consumidores problemáticos de drogas legales de edad avanzada, como proyectos piloto de abuso del alcohol o de los medicamentos. Además, la cuestión de las personas mayores y el alcohol y, especialmente, el abuso y la adicción a los medicamentos ya forman parte de los planes nacionales de acción contra las drogas de muchos países europeos. Existen muchas estrategias nacionales de lucha contra las drogas y de coordinación conforme a la edad y los medicamentos, y también para las personas mayores y el abuso del alcohol. Asimismo, en algunos países europeos existen regulaciones más estrictas para la dispensación de benzodiazepinas, tranquilizantes, etc. a partir de un cierto límite de edad. El objetivo de los países europeos es mejorar la disponibilidad de información para los pacientes y los médicos prescriptores, para respaldar un uso más seguro de los medicamentos (Cerreta et al., 2012). A pesar de ello, las preguntas en torno a los consumidores de drogas que envejecen también son relevantes, pero aún no se han planteado en muchos países europeos.

**BeTrAD**

# Ejemplos de buenas prácticas en la atención a personas consumidoras de drogas que envejecen

## Recopilación de ejemplos de buenas prácticas en Europa

### Procedimiento y método

Con el objetivo de seleccionar las mejores prácticas en materia de servicios dirigidos a consumidores de drogas de edad avanzada en la Unión Europea, se elaboró un cuestionario para recoger dichos ejemplos. Al mismo tiempo, se llevó a cabo un análisis de grupos de interés para identificar expertos europeos que pudieran describir y documentar ejemplos de buenas prácticas. Finalmente, mediante indicadores, se seleccionó una lista de ejemplos de buenas prácticas (aproximadamente entre 20 y 25), predefinida en colaboración con todos los miembros de proyecto, y una lista de clasificación que permitió revisar los diferentes ejemplos y clasificarlos.

Cada uno de los miembros del proyecto se encargó de identificar los posibles ejemplos y de distribuir el cuestionario en la región designada, tanto mediante una autobúsqueda como a través de un enfoque de "bola de nieve". Para países distintos del país de la organización, los coordinadores de los distintos países fueron seleccionados entre las redes del miembro del proyecto, que trabajan en –o están muy relacionadas con– los ámbitos de la reducción de daños, la atención (mental) de salud y la adicción. Se solicitó a dichos coordinadores que identificaran potenciales ejemplos en sus países respectivos, para que el cuestionario pudiera distribuirse a ellos o a su red personal.

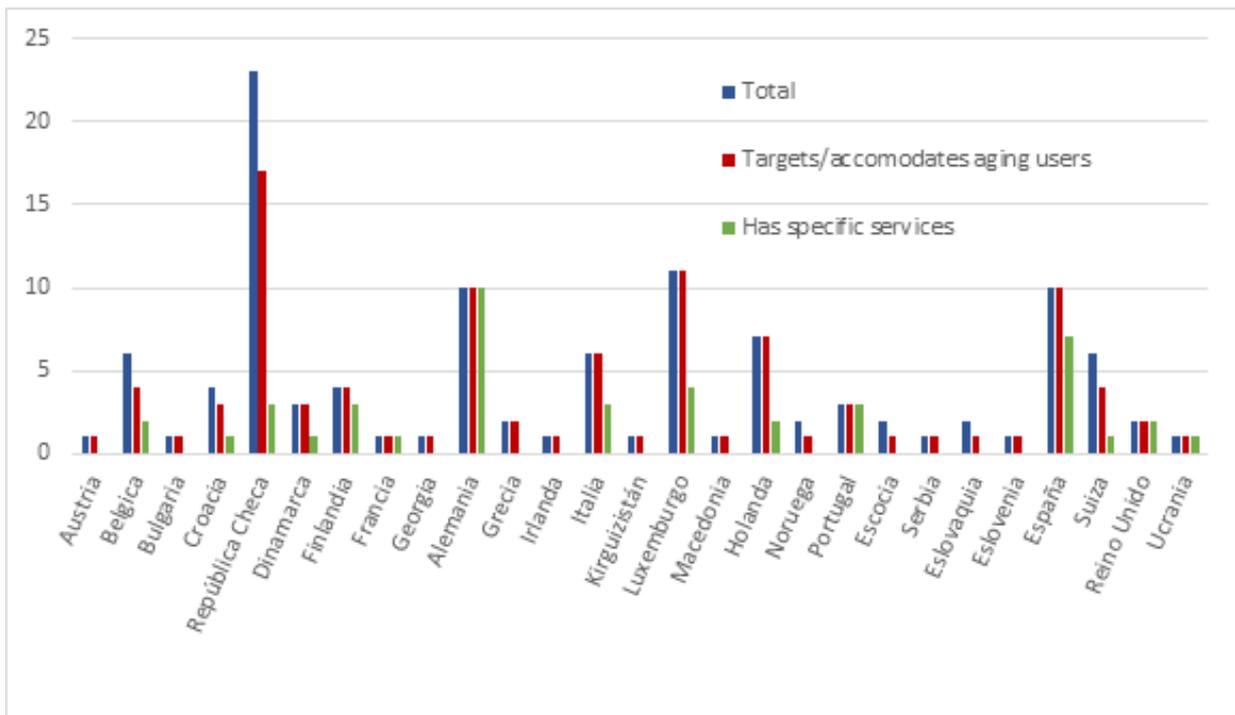
El cuestionario contenía preguntas abiertas y "cerradas". Las preguntas hacían referencia a las características del ejemplo de servicio; por ejemplo: si el grupo objetivo es susceptible de recibir atención o tratamiento, si le ofrecen servicios específicos a cada uno de ellos, el número de empleados, las disciplinas (tipo de profesionales, igual, voluntario) que abarca dicho personal y criterios de exclusión de usuarios. Además, las preguntas abiertas se centraron en que los encuestados describieran los objetivos, las metodologías y los obstáculos o problemas a los que se enfrenta el grupo diana en cuestión.

La evaluación de las mejores prácticas se realizó a partir de varias rondas de selección, lo que redujo el número de ejemplos de 131 a 25, y finalmente en 19.

A large, faded watermark of the BeTrAD logo is centered on the page. The logo consists of the letters 'BeTrAD' in a stylized, bold font. The 'Be' is in a light red/pink color, 'Tr' is in a light purple color, and 'AD' is in a light pink color.

## Resultados

Sólo se encontraron algunos ejemplos de servicio —4 de ellos— que tratan exclusivamente de consumidores de drogas de edad avanzada (muchos de ellos cubren una población diana más amplia y son muy dispares: hospitalarios, ambulatorios, etc.), y solo unos pocos pueden aplicarse en cualquier ámbito. La ejecución de los proyectos de reinserción social y económica de los usuarios se ve obstaculizada a causa de la estigmatización.



Gráfica 3. Número de ejemplos recopilados que se adaptan a los consumidores de drogas de edad avanzada o en que estos consumidores son la población diana por países (n = 113, 27 países).

## Recomendaciones

Es necesaria la creación de redes y colaboraciones locales sólidas, interdisciplinarias y multiprofesionales, que cuenten con especialistas de medicina, enfermería, cuidados paliativos, servicios sociales y con grupos de iguales, con el fin de ofrecer un tratamiento de los problemas de salud crónicos.

Es preciso que los gobiernos implanten estrategias y políticas que den apoyo a esta población diana y eviten muertes innecesarias a escala europea y estatal.

Se requiere una mayor concienciación de todos los sistemas asistenciales implicados (atención médica, geriatría, enfermería, medicina) para implementar una gestión de casos multiprofesional en relación con las distintas necesidades y recursos de los consumidores de drogas de edad avanzada y para conocer cómo cuidarlos y tratarlos.

**BeTrAD**

## El Programa de Atención a Ancianos Consumidores PAAC (Barcelona, España)

Elena Ros Cucurull. Psiquiatra del Hospital Vall d'Hebron. Coordinadora del programa PAAC, Sección de Adicciones y Patología Dual.

El Programa PAAC, perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall Hebrón de Barcelona, se creó en enero de 2015 con el propósito de dar respuesta a la demanda de una población cada vez más envejecida, afecta de un trastorno por consumo de sustancias y de una patología psiquiátrica comórbida. Atiende a población mayor de 65 años consumidora, principalmente, de alcohol e hipnosedantes, aunque también de sustancias ilegales, en menor porcentaje.

Inicialmente, se realiza una valoración psiquiátrica, psicológica y social completas, así como una exploración neuropsicológica para valorar el estado global del paciente. Para filiar adecuadamente y evitar el infradiagnóstico, en una población ya de por sí extremadamente vulnerable, se utiliza una amplia batería de test y escalas que facilitan la detección de patologías relacionadas, tanto médicas como psiquiátricas, valoran la severidad del consumo de sustancias y estudian las posibles alteraciones cognitivas secundarias al consumo crónico de tóxicos.

Posteriormente, el seguimiento consta de visitas periódicas con frecuencia quincenal-mensual, según la necesidad individual y existe, además, la posibilidad de llevar a cabo grupos de psicoterapia centrados en mantener la abstinencia o grupos dirigidos a los familiares de los usuarios. Paralelamente, los pacientes se vinculan con el personal de enfermería especializada que les atiende en el proceso, corrobora la abstinencia mediante controles de orina y detección de alcohol en aire espirado, aporta medidas higiénicas, hábitos saludables, herramientas para mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico, etc.

Es un hecho que existen diversos factores que interfieren negativamente con el acceso de los pacientes mayores a los programas de tratamiento (miedo a la posible estigmatización, ausencia de *insight*, infradiagnóstico por inespecificidad en los síntomas y la ausencia de criterios diagnósticos específicos, pero salud física que perjudica el acceso a los servicios, etc.). No obstante, el Programa PAAC de tratamiento específico orientado al abordaje de población mayor mediante personal especializado, ha demostrado aportar unas mayores tasas de adherencia al seguimiento, así como un pronóstico y una evolución más favorables, logrando cifras mayores de abstinencia sostenida a sustancias en comparación con población más joven o con otros tipos de recursos.

Debemos ser conscientes de que la medicina del futuro deberá atender, cada vez, a una población más envejecida y delicada y que es nuestro deber dar una respuesta integral a sus necesidades.

**BeTrAD**

# Selección de tres buenas prácticas europeas

## Live-in Care Center (WZC) Bilzenhof, Amberes, Bélgica

### Sobre el proyecto

Bilzenhof es un centro residencial para personas mayores que requieren cuidados de salud tanto física como psicológica, y que gestiona la entidad 'Zorgbedrijf Antwerpen'. Ubicado en un barrio multicultural, donde se concentra una población con alta vulnerabilidad social, pobreza, uso de drogas, exclusión social, sin hogar y con problemas de salud mental. Este centro está especializado en la atención a personas que viven en esta situación, proporcionando vivienda a 95 clientes, que se dividen en tres grupos. Un grupo, de 27 personas, se centra en aquellas que presentan un deterioro cognitivo más severo, mientras que, en otro grupo, también de 27, se reúne a las personas con un elevado grado de dependencia física. Por último, el tercer grupo, que atiende hasta 41 personas, está dirigido a aquellas que tiene una situación social compleja y/o con problemas psicológicos. Las personas con drogodependencias son atendidas en este último grupo.

### ¿A quién va dirigido?

Debido a las características del barrio donde está situado el centro, éste se dirige especialmente a las personas con un alto grado de vulnerabilidad y exclusión social, que habitualmente presenta problemas de salud mental y drogodependencias. Bilzenhof está especializado en dar respuesta a las necesidades de estas personas, que en la mayoría de casos han realizado muchos tratamientos en el pasado, pero sin haber mejorado su salud, y se les proporciona todo lo necesario para que mejoren su calidad de vida.

## Objetivos y metodología

Bilzenhof trabaja desde el abordaje individual y la rehabilitación comunitaria, promoviendo la autonomía en las actividades de la vida diaria, la administración del dinero, las salidas lúdicas, la gestión del consumo de alcohol o tabaco, en función de sus necesidades, capacidades y limitaciones.

Además, se promueven las actividades sociales como los grupos, actividades deportivas, excursiones, fiestas, etc., a través de las cuales se pretende fomentar el autocuidado para que las personas mejoren su autoestima. A las personas con dependencia a los opiáceos, se les puede facilitar tratamiento con metadona, y aunque la finalidad es reducir el consumo, en muchos casos la abstinencia no es un objetivo factible. En algunos casos en los que hay una rehabilitación óptima se deriva a la persona a otros recursos más adecuados.

## ¿Qué es lo que hace que este proyecto sea especial?

En primer lugar, Bilzenhof se centra en la rehabilitación haciendo que las personas se sientan útiles y que forman parte de la comunidad. Existe la posibilidad de que si hay una evolución favorable las personas puedan acceder a una vivienda independiente, aunque en la mayoría de los casos esta será su última residencia. La cantina de este centro está abierta al barrio, ofreciendo sus servicios a los vecinos y estimulando así la integración del recurso en la comunidad y viceversa.

## TABA - Walferdange, Luxemburgo

### Sobre el proyecto

TABA es un programa ocupacional que brinda dirigido a personas mayores que usan drogas. El uso de drogas se tolera sin obligación de estar en tratamiento de sustitución; sin embargo, el proyecto facilita el acceso a obtener dicho tratamiento. El servicio es gratuito para los clientes; el único gasto es el tiempo que los ellos dedica al proyecto y los gastos de viaje individuales. La ubicación del proyecto está muy lejos de la zona de consumo (15 km) y es fácilmente accesible en autobús / tren y presta servicios a un grupo de (en promedio) 15 personas. Los profesionales tienen una larga experiencia (al menos 10 años) en la atención a las personas con drogodependencias. Todos ellos trabajaron anteriormente en un centro de baja exigencia para personas que usan drogas ilegales (ABRIGADO) y tienen una edad similar a la de los participantes.

### ¿A quién va dirigido?

El proyecto es accesible para personas con un consumo problemático de drogas mayores de 40 años y acepta clientes con problemas concurrentes de salud mental, dependencia física y deficiencias cognitivas, dependiendo de la gravedad de la enfermedad y la capacidad del grupo para manejarla. Para las personas sin hogar o aquellos sin ingresos, los gastos de viaje se pagan a través de un pase de autobús mensual.

## Objetivos y metodología

TABA se basa en interferir en las rutinas relacionadas con la droga, así como alejar a las personas de ese escenario, proporcionando estructuración diaria, reducción del aislamiento social, promoción y redescubrimiento de las competencias propias. Además, se esfuerzan por proporcionar una ocupación significativa, apreciación y participación mientras confrontan a los clientes con sus patrones de consumo y responsabilidades asociadas y la "desventaja" de la adicción.

Los clientes participan en el proyecto 3 días a la semana y la participación es voluntaria y no retribuida. Se intenta que los participantes puedan acceder a la asistencia sanitaria, así como a otros recursos de reinserción sociolaboral.

## ¿Qué es lo que hace que este proyecto sea especial?

Su enfoque en la aceptación total sin exigir la abstinencia, acceso de bajo umbral con horas de trabajo individuales basadas en los recursos del cliente. Los participantes trabajan voluntaria y no retribuida, y está destinado específicamente para personas mayores con problemas de drogodependencias. Las necesidades específicas de los clientes se abordan a través de apoyo en situaciones de crisis y el proyecto trabaja en estrecha colaboración con otros servicios que permite la referencia a soluciones de vivienda y/o programas de sustitución, por ejemplo.

## VNN Policlinic Leeuwarden, Holanda

### Sobre el proyecto

Se trata de una policlínica de la Fundación Holandesa para la Atención de Adicciones (Verslavingszorg Noord Nederland), situada en la ciudad Leeuwarden. VNN representa una amplia gama de disciplinas (profesionales), lo que les permite tratar un amplio espectro de problemas. Al conectar psicólogos clínicos y psiquiatras con equipos específicos, también se puede abordar la comorbilidad de la adicción y los problemas de salud mental.

### ¿A quién va dirigido?

La clínica atiende a clientes de la población adulta en general, a pesar de que adapta el programa de tratamiento específicamente para usuarios de drogas que envejecen, al tiempo que agrega más controles y exámenes de salud para personas mayores de 55 años. También aceptan clientes con problemas psiquiátricos concurrentes.

The logo for BeTrAD is displayed in a large, stylized font. The letters 'Be' are in a light pink color, 'Tr' is in a light purple color, and 'AD' is in a light pink color. The font is bold and sans-serif.

## Objetivos y metodología

VNN tiene como objetivo la prevención y tratamiento de todas las conductas adictivas en todas las edades, ofreciendo a los clientes terapia cognitivo-conductual (TCC), individual o grupal. Otros objetivos son la activación a través del ejercicio físico, involucrando a los miembros de la familia en el tratamiento y la reintegración socio-económica a través del asesoramiento con insertores laborales. Ellos se coordinan con una gran variedad de profesionales para proporcionar apoyo y tratamiento. En ingreso, los clientes se someten a un examen somático, un examen físico y pruebas de laboratorio.

Para los usuarios mayores (más de 55), se agrega un control médico, un examen cognitivo (Montreal Evaluación Cognitiva, MoCA) y una revisión de las pautas de medicamentos por un médico experto de adicciones o un psiquiatra geriátrico. La TCC se adapta a la población de edad avanzada mediante la incorporación de temas específicos con respecto a su etapa vital (temas existenciales).

## ¿Qué es lo que hace que este proyecto sea especial?

Un fuerte enfoque en el "sufrimiento somático". En la acogida, se realizan varias pruebas de detección, incluidas las específicas para evaluar el dolor somático. Para los usuarios mayores, han comenzado una terapia grupal 'Continuing Fresh' que se enfoca en el contacto entre iguales, la historia de la vida y la etapa de la vida.

## Woodstock – El Haya, Holanda

### Sobre el proyecto

El recurso residencial 'Woodstock' se fundó en 2008, después de que los profesionales de Parnassia detectaron que había una cantidad cada vez mayor de personas sin hogar y con adicciones que no se "rehabilitaba" (según "volviendo") y necesitaban un lugar para quedarse. A menudo, no hay otras opciones disponibles para ellos porque no caben en los servicios de atención a las drogodependencias o de salud mental "normales" (debido a problemas somáticos) o en los hogares de ancianos (debido a la adicción y / o problemas psiquiátricos). Por lo tanto, este grupo corría el riesgo de quedar desatendido y Woodstock intenta dirigirse a este grupo en particular.

### ¿A quién va dirigido?

El objetivo de este servicio es proporcionar un entorno de vida tranquilo y seguro (vivienda protegida / asistida) para las personas mayores de 45 años, que tienen problemas de adicciones de largo recorrido y no tienen hogar. A menudo, los inquilinos tienen problemas psiquiátricos y / o somáticos (por ejemplo, EPOC) junto con los problemas de adicción. Para la mayoría de los residentes, Woodstock sirve como una "última parada", por lo que la "salida" o la reintegración socioeconómica plena en la sociedad es rara. Las habitaciones están disponibles en su mayoría debido a desalojo (por mala conducta grave o repetida) o por la defunción del inquilino.

## Objetivos y metodología

Woodstock trabaja desde un 'concepto integral': los inquilinos viven y trabajan en el servicio de alojamiento, cumplen con las reglas establecidas y se sienten como en casa a través de la participación. La aceptación dentro de la comunidad es otro de los objetivos. Durante la fase de búsqueda de la ubicación de la residencia, hubo una comunicación continua con los vecinos del entorno sobre el concepto y sus objetivos, y hubo un período de prueba de 3 años al principio. Cuando se llegó a la decisión de si la ubicación podría mantenerse activa, incluso hubo una petición iniciada por el vecindario para asegurarse de que Woodstock se quedara. La presencia del servicio también tiene un efecto preventivo: a través del contacto cercano con la vigilancia del vecindario, los problemas se identifican y solucionan antes, lo que también beneficia al vecindario.

## ¿Qué es lo que hace que este proyecto sea especial?

El uso de drogas se tolera dentro de la propia habitación del inquilino y también se permite compartirlo con los demás. Se proporciona tratamiento con metadona sólo después de un análisis de aliento. Dependiendo del resultado del análisis, la dosis de metadona se ajusta (valor más alto = dosis más baja). Actualmente, esta es la única ubicación en los Países Bajos que ofrece este tipo de configuración para este grupo diana.

# Betrad Toolbox: herramientas y recursos útiles para mejorar la atención a las personas consumidoras de drogas que envejecen

El conjunto de herramientas que podemos encontrar en este apartado, tiene por objetivo transmitir los contenidos y resultados obtenidos por otros productos del proyecto en un formato simplificado y práctico. Está dirigido principalmente a proveedores de servicios sociales, formadores de profesionales, organizaciones responsables de políticas públicas e instituciones académicas.

Estos recursos pueden encontrarse en la página web del proyecto, e incluyen orientaciones y herramientas para mejorar los servicios dirigidos a las personas que usan drogas que envejecen, pero también establece los fundamentos, la filosofía y los métodos para implementar nuevos servicios. Además, estas herramientas y conocimientos generarán oportunidades de aprendizaje sobre la creación, el desarrollo y la mejora de la atención de las personas que usan drogas de edad avanzada, así como para nuevos profesionales y estudiantes que necesitan formación en este ámbito.

Los resultados y recomendaciones obtenidos en el ámbito europeo se presentan mediante un diseño sostenible, realista y aplicable. Estos resultados se basan en la evidencia existente y contemplan los resultados previos de otros proyectos sobre el mismo tema, así como acciones e información complementarias. La caja de herramientas incorpora la posibilidad de recibir las aportaciones de los agentes interesados que participan y colaboran en el proyecto durante su fase de desarrollo, así como las contribuciones individuales de las personas interesadas que acceden a la página web.

La necesidad de crear esta herramienta en línea proviene precisamente de la falta de cajas de herramientas que había habido en los anteriores proyectos europeos que habían abordado la cuestión de los consumidores de drogas de edad avanzada. Por otra parte, prácticamente no existen servicios o planes de acción centrados específicamente en los consumidores de drogas mayores y sus necesidades. Existen pocos planes a nivel europeo y menos aún a nivel estatal. Por este motivo, el proyecto se centra en este grupo de riesgo específico que vive en los márgenes de la sociedad y que tiene factores de vulnerabilidad, los cuales explicamos y destacamos mediante esta herramienta en línea.

El diseño en línea de la caja de herramientas de BeTrAD está compuesto de cuatro grandes apartados:

Situación y contexto de los consumidores de drogas europeos de edad avanzada. El proyecto BeTrAD ha evaluado el estado actual de la población diana, y las políticas y metodologías innovadoras centradas en los consumidores de drogas mayores europeos.

Métodos detectados en el análisis de buenas prácticas y presentados en la propuesta de formación implantada por primera vez en la Escuela de Verano de 2018, celebrada en Frankfurt. Se presta especial atención a proporcionar información sobre métodos e instrumentos que mejoren la detección, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de los consumidores de drogas de edad avanzada y que midan, al mismo tiempo, la calidad de vida.

Base de datos con hojas informativas de los veinte servicios escogidos como mejores prácticas europeas. Se han recopilado ejemplos de mejores prácticas de intervenciones específicas e inespecíficas del grupo diana sobre la base de la utilidad, practicidad y efecto sobre la salud y la autosuficiencia personal.

Base de datos con bibliografía, recursos y enlaces destacados sobre la materia.

# Programa de formación a profesionales que trabajan en la atención a personas consumidoras de drogas de edades avanzadas

El programa de formación es otra de las áreas de trabajo del proyecto BeTrAD adaptable a las diferentes ofertas formativas existentes o futuras dirigidas a profesionales de la salud de la red de atención a las drogodependencias, ya sean de medicina, psiquiatría, enfermería, psicología, trabajo social o geriatría, que deberán hacer frente a los retos específicos de las personas que usan drogas de edad avanzada.

Uno de los objetivos del programa de formación es proporcionar ideas y material para organizar la formación de adultos en materia de atención a las drogodependencias en personas mayores. Además, los profesionales, los responsables de políticas públicas y de la toma de decisiones deberían estar sensibilizados acerca de las situaciones y necesidades de esta población. Los responsables deberían recibir apoyo para detectar las potenciales necesidades de formación pedagógica de los profesionales y motivación para organizar dicha formación.

Otra de las finalidades del programa de formación es satisfacer las necesidades de formación específica sobre los temas siguientes:

1. Las sustancias y el tratamiento con agonistas opiáceos.
2. Las drogodependencias y las enfermedades relacionadas con la edad y la comorbilidad.
3. La planificación del apoyo multiprofesional.
4. Principios éticos aplicables al grupo diana.
5. Promoción de la inclusión e integración.
6. Información básica sobre las diferentes estructuras implicadas en la atención de las personas que usan drogas de edad avanzada.
7. La promoción de la salud y prevención de la infección.

El programa de formación está redactado en inglés y está compuesto de seis módulos, que constan de veinte sesiones que pueden realizarse como una formación de tres días de duración. No obstante, dado que los módulos son independientes entre ellos, también se puede proporcionar sólo uno o un par de módulos o sesiones.

El sitio web de BeTrAD permite descargarse el programa de formación y otros materiales (<http://www.betrad.eu>).

**BeTrAD**

# El envejecimiento de la población consumidora de drogas según expertos

El envejecimiento y consumo de drogas es un tema que debe ser tratado desde diferentes disciplinas y ámbitos de intervención, con tal de poder desarrollar un enfoque integral en la atención a las personas consumidoras de drogas que envejecen. En este apartado se expone la temática desde la perspectiva de representantes del ámbito gubernamental, educativo, de entidades de drogodependencias y de la geriatría.

## Ámbito gubernamental

Joan Colom i Farran. Director del Programa de Prevención, Control y Atención al VIH, las ITS y las Hepatitis Víricas. Subdirector general de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya

Los 30 años dedicados al abordaje de las drogodependencias me han llevado a vivir diferentes realidades de consumo de drogas; sin duda la grave epidemia de heroína de la década de los 80 y 90 ha sido el mayor reto a afrontar y que provocó un alto índice de mortalidad causado por la enfermedad del SIDA: Afortunadamente el tratamiento con antirretrovirales y las medidas preventivas de conductas de riesgo como el Programa de Intercambio de Jeringas (PIJ) han dado lugar a una disminución drástica de la mortalidad y de casos de SIDA. Sin embargo, en la actualidad esta población tiene una edad avanzada y con una serie de déficits físicos y sociales que implican el desarrollo de estrategias específicas de intervención.

El consumo problemático de drogas es un factor claramente facilitador de un envejecimiento precoz, tal como afirma el Observatorio Europeo de Drogas (EMCDDA 2010) fija la edad de corte a partir de la cual se considera una persona usuaria de drogas "mayor" en 40 años.

Las personas usuarias de drogas mayores de 40 años, especialmente las personas consumidoras de heroína y/o cocaína inyectados presentan una historia de consumo de larga evolución y acumulan un deterioro de sus condiciones físicas y mentales, con la presencia de enfermedades crónicas 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 ni una larga vida laboral.

La presencia mayoritaria de esta población 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.

Partimos de una situación en que apenas existen en Europa iniciativas o proyectos específicos para mejorar la atención a las personas consumidores de drogas "mayores". Además, existe una escasa literatura científica desarrollada, lo que nos lleva a una situación de falta de programas específicos y modelos de buenas prácticas.

Los recursos sociales (residenciales, de centro de día, etc.) existentes no están preparados para atender esta población emergente: en los centros residenciales geriátricos la edad de corte es a partir de 65 años 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.

Ante esta situación, los planes de intervención en drogodependencias actuales, tanto de ámbito nacional como autonómico en Catalunya ya reconocen la población usuaria de drogas "mayor" como un colectivo de riesgo que necesita de una intervención específicas (ENA 2017-2024), de la misma manera que existen estrategias específicas de atención a la población joven.

Desde las administraciones públicas es necesario promover el estudio y la investigación, el trabajo 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; es también fundamental dotar de formación a los profesionales e incluir como eje transversal en los diferentes currículums formativos de profesionales sanitarios y sociales el tema "envejecimiento y consumo de drogas", con el objetivo final de generar programas y servicios que den una atención integral y un mejor tratamiento a las personas usuarias de drogas de edades avanzadas.

## Ámbito educativo

Dra. Sacramento Plnazo-Hernandis. Representante de Dirección de Estudios Universitarios u organizaciones de formación de personas adultas – Vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

El envejecimiento de la población 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 aumente el número de personas mayores de 65 años, y que parte de ellos sean personas en riesgo psicosocial (pobreza, aislamiento social, salud mental, consumidores de drogas, etc.). En España, según las proyecciones de población recogidas en el informe de Abellán, Ayala y Pujol (2017), en el año 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, lo que se correspondería con un 34,6% del total de la población. La década de los 30 y 40 registrará los mayores incrementos, con la llegada de las cohortes del baby-boom a los 65 años. En el mismo informe, se detalla cómo es la salud de las personas mayores, evidenciándose graves problemas relacionados con el envejecimiento: El 18,8% de las personas mayores sufre diabetes, tres de cada cuatro personas mayores diabéticas tienen sobrepeso u obesidad, y más de la mitad son sedentarios (no practican ejercicio y su tiempo libre lo dedican a realizar actividades sedentarias). Demencias como el Alzheimer, los problemas cardiovasculares o respiratorios, y otras enfermedades crónicas hacen que muchas personas mayores sean poli-consumidores de fármacos.

La polifarmacia 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 polifarmacia genera en muchos casos desequilibrio con lo cual da lugar a una mayor fragilidad en las personas mayores. La calidad de vida en las personas mayores polimedizadas se ve afectada sobre todo en las dimensiones físicas y las alteraciones emocionales especialmente en el sexo femenino.

Podemos hablar de dos tipos de personas mayores consumidoras de drogas: personas mayores que han sido consumidoras de drogas y ahora envejecen; y otras, que han empezado a ser poli-medizadas a los 65 años, convirtiéndose en abusadores de drogas en la última etapa de vida.

Las personas de más de 65 años consumen más medicamentos (prescritos y no) que cualquier otro grupo de edad, con una media de consumo de dos medicamentos por día; a menudo, mucho más. La fragilidad aumenta con el paso de los años. La prevalencia de fragilidad entre personas mayores de 65 años es del 3,2%, y aumenta un 6,3% durante la siguiente década e incluso llega a situarse en el 25% entre las personas mayores de 85 años (Kojima, 2016).

Las personas mayores poseen una mayor vulnerabilidad a los problemas depresivos que los adultos más jóvenes (Snowdon, 2003); a menudo, los trastornos de ansiedad se presentan junto con rasgos depresivos. Alrededor del 13 % de las personas mayores que sufren algún trastorno de ansiedad también presentan un trastorno de tipo depresivo, y el 36 % de los que presentan depresión lo hacen con un trastorno de ansiedad concomitante (OMS, 2015). En una revisión sistemática, Djernes (2006) encontró evidencia de un porcentaje más elevado de mayores institucionalizados con síntomas depresivos (sobre un 35%) en relación con los que viven en comunidad (cerca del 15%).

Con respecto a su salud, el 76% de las personas que ingresan en los centros residenciales tienen 3 o más diagnósticos médicos activos en el momento del ingreso, acudiendo por tanto con una pluripatología. Los diagnósticos principales suelen estar relacionados con demencias, trastornos mentales o enfermedades cardiocirculatorias. En el momento del ingreso, el 54,5% de los usuarios padecen malnutrición o están en riesgo de padecerla. Un 18% de los mayores presentan úlceras por presión, y el 27% obtiene una puntuación en la escala de Barthel inferior a 20 puntos, lo que se corresponde con una dependencia de tipo funcional (Instituto Edad y Vida, 2015).

Además del riesgo de interacción entre fármacos, existe la posibilidad de desarrollar dependencia o adicción a las drogas (sobre todo opiáceos y barbitúricos o benzodiazepinas). Los profesionales de la salud deberían poner interés en el tipo y cantidad de medicamentos que toman.

El abuso de drogas en personas mayores es un problema oculto, por estar infraidentificado, infradiagnosticado, e infratratado, por el Sistema de Salud. Como pasa en la juventud, la droga más consumida por las personas mayores es el alcohol.

Y se convierte en un problema:

Por un lado, por la interacción del alcohol con otros medicamentos que se consumen para enfermedades crónicas o agudas.

Por otro lado, porque el cuerpo anciano metaboliza mucho peor el alcohol consumido

El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism y la American Geriatrics Society recomiendan no superar los límites de dos copas/vasos de alcohol por día en los hombres y en las mujeres, una.

En tercer lugar, porque tanto la familia como los amigos e incluso los profesionales de la salud a veces confunden síntomas del consumo de drogas como la fatiga, la disminución de capacidad cognitiva, con síntomas de demencia, o depresión.

En cuarto lugar, porque las personas mayores tienden a esconder el abuso de drogas y alcohol y buscan menos la ayuda profesional que otros grupos de edad.

En quinto lugar, muchas personas mayores viven solas y tienen poca relación con familiares y amigos que no están a su lado en su vida cotidiana, y nadie más puede conocer las situaciones de abuso.

Muchos medicamentos pueden enmascarar los signos de la adicción.

Los desórdenes por abuso de alcohol afectan a 1-3% de las personas mayores y son causa de morbilidad física, psiquiátrica y problemas sociales (Blazer y Wu, 2009). La incidencia de complicaciones médicas y neurológicas asociadas al abuso de alcohol es mayor en personas mayores que en jóvenes. El abuso crónico de alcohol se asocia con daños en los tejidos de diversos órganos, produce aumento de tensión arterial, problemas en el hígado, mayor riesgo de cáncer de mama y la prevalencia de demencia es hasta cinco veces mayor que en los no consumidores (Caputo et al, 2012).

El abuso de drogas en combinación con alcohol conlleva riesgos. El uso de benzodiazepinas y otros sedantes/hipnóticos puede ser útil y producir mejoras a corto plazo, pero no se recomienda su uso durante más de cuatro meses en pacientes mayores pues la tolerancia y la dependencia se desarrollan muy rápidamente; de hecho, ningún estudio demuestra los efectos a largo plazo más allá de treinta noches continuadas.

Lamentablemente los fármacos que consumen las personas mayores no son revisados por ningún profesional de referencia en el caso de personas que viven en su domicilio; y en gran parte de las personas que viven en residencias, tampoco se hace una revisión de tratamientos continuada y sistemática.

## Ámbito de la geriatría

Marta Lodo. Directora Tècnica Residencia Casal Fátima Calella. Fundación Mare de Déu de Fátima.

Para el sector de la geriatría uno de los principales problemas son los recursos económicos destinados a la atención de un grueso de personas mayores cada vez más grande. Ya de por sí, la gestión de los recursos económicos de la gente mayor supone un coste muy elevado.

Las personas mayores actualmente viven más años, y al tener más años son más pluripatológicas, además de los ya previstos agravantes por cuestiones de edad. Y por supuesto, a todo este grupo de personas se les tiene que dar servicio, en los de tipo residencial habitualmente desde los departamentos de Bienestar Social o Asuntos Sociales, pero con la participación también de departamentos de Salud. Las residencias de la tercera edad ya cuentan con personal sanitario, pero es personal con ciertas limitaciones porque dependen parcialmente del área básica del territorio.

Existe una necesidad importante de comunicación y entendimiento entre estas áreas de Salud y lo Social, para garantizar el tratamiento especializado de salud de los residentes que, aunque tienen sus necesidades básicas cubiertas en las residencias, su patología requiere de derivación al tratamiento especializado de salud. Estas circunstancias suceden de una manera similar en patología mental y drogodependencias, porque las dificultades suelen ser las mismas.

En función de la patología, y el coste que pueda generar ese abordaje, se atiende desde el área básica de salud o en algunos casos se retorna el paciente a la residencia sin haber recibido la atención, según la opinión de la mayoría de profesionales del sector.

Afortunadamente empiezan a haber acuerdos entre las proveedoras de servicios sociales y de salud para optimizar la intervención de unos casos que requiere de la acción de las dos partes, aunque provengan inicialmente de la social. Estos acuerdos de colaboración facilitan el trabajo en red y las colaboraciones entre residencias, hospitales de referencia y los centros ambulatorios de atención primaria. En el caso de usuarios o pacientes con drogodependencia, se amplía la conexión de esta red a los centros de drogas de atención y seguimiento ambulatorio

Este esquema de abordaje es una cuestión de derechos humanos, ya que, si una persona residente en su domicilio tiene un problema de salud de alcoholismo o drogodependencias, recibe atención en los hospitales y centros ambulatorios. De la misma manera, cuando una persona vive en una residencia, es decir su hogar, debe poder recibir la atención especializada por igual, pero muchas veces hay dificultades para hacer las derivaciones necesarias, sobre todo aquellas que son más costosas y de diagnóstico de patología mental.

En este sentido, no es que sea tan necesario crear centros especializados para la gente mayor con drogodependencias, aunque puedan funcionar bien, sino que independientemente hace falta mejorar la coordinación de casos de residentes que necesitan tratamiento de área básica de salud.

A nivel de buenas prácticas, se valora muy positivamente que haya programas específicos de seguimiento hospitalario o ambulatorio para la gente mayor, ya que de haberlos son servicios a derivar casos problemáticos desde las residencias sin ningún tipo de problema de admisión. Suelen ser casos de emergencia social, y mayoritariamente de alcoholismo.

Por otro lado, las residencias que suelen abordar mejor estos casos de drogodependencias son las de titularidad pública del área metropolitana de Barcelona donde hay una sensibilidad especial para este perfil, por parte de las autoridades competentes y las direcciones y personal implicado. Las que trabajan con estos casos son aquellas que atienden personas en situación de emergencia social, juntando varios perfiles como violencia de género, salud mental, drogodependencias o sinhogarismo.

Algunas intervenciones con usuarios de alcohol, por ejemplo, se acercan a los modelos del paradigma de la reducción de daños, cuando no se juzga a las personas y se le permite o no se les prohíbe el consumo de alcohol fuera de la residencia, siempre que respeten el recurso y al presentarse no vayan intoxicados y se comporten de un modo sereno y tranquilo.

## Ámbito de las drogodependencias

Representantes de entidades de la red de atención a las drogodependencias. ASAUPAM, ATRA, AUPA'M, Energy Control, CAS de Brians, CAS de Sants i Fundació Àmbit Prevenció

Se realizó un Focus Group con representantes de servicios de atención a las drogodependencias de la provincia de Barcelona, para tomar el pulso a la situación actual en la intervención con personas drogodependientes que están envejeciendo, y las necesidades específicas existentes en torno a este colectivo. Para ello se contó con la presencia de diversos perfiles profesionales del ámbito de la atención a las drogodependencias tanto en su vertiente sanitaria como en la psicosocial. Así, los perfiles profesionales que integraron el grupo fueron los siguientes: una enfermera de un centro hospitalario, una trabajadora social de un CAS, dos trabajadoras sociales especializadas en reducción de daños, una doctora proveniente del ámbito penitenciario, un psicólogo de una comunidad terapéutica, y un psicólogo retirado voluntario en un servicio especializado para personas drogodependientes de edad avanzada.

En su opinión, no existe una atención específica para las personas de edad avanzada consumidoras de drogas. Es difícil su derivación ya que estas envejecen antes de tiempo, pero no tienen la edad para ser derivadas a un centro de mayores. Además, tienen dificultades para acceder a centros de tratamiento por su deterioro. Lamentablemente el sistema no considera a las personas de 40 años como mayores y esto limita su inclusión a ciertos programas para mayores que podrían beneficiarles. Las personas expertas que participaron en el grupo también incidieron en el hecho que, en muchos pacientes consumidores de edad avanzada, sería necesario prestar más atención a los aspectos sociales que a los de salud. La inactividad, por ejemplo, es una de las problemáticas que más acusa este colectivo. Los recursos les pueden ofrecer muy poco porque no están diseñados para eso. Por ello, hay que ayudar a dar sentido a sus vidas.

En cuanto a los tipos de intervención con este colectivo, se debatió sobre el hecho de concienciar a los profesionales de la atención primaria de la existencia de un grupo de pacientes que está envejeciendo y que necesita la misma atención que los pacientes de más edad. Asimismo, se apuntó la necesidad de coordinación entre los diferentes servicios como los CAS, los centros de salud mental, los de atención básica y prisión para poder ofrecer una atención integral a este colectivo.

Otro tipo de intervenciones tratadas en la sesión fueron los servicios residenciales como las comunidades terapéuticas donde ha cambiado el tipo de pacientes atendidos que tradicionalmente recibían tratamientos enfocados a la autonomía y que actualmente, por su mayor deterioro y edad, deben ser atendidos de forma distinta. Además, en la mayoría de comunidades terapéuticas, este tipo de paciente tan mayor y crónico convive con pacientes jóvenes con otro tipo de necesidades. En muchas ocasiones, los equipos son reducidos y no siempre pueden responder adecuadamente.

En referencia a la diferencia de consumo según la edad, el grupo afirmó que en el colectivo de personas de edad avanzada el tipo de consumo es diferente del de la gente joven, ya que sus respuestas biológicas y psicológicas son distintas y también sus deseos y expectativas. Por ello, es necesario un tratamiento psicosocial personalizado.

Respecto a otras necesidades como inserción laboral, vivienda, vinculación con los servicios sociales, etc., existen muchas dificultades en el caso de las personas mayores con un consumo activo. Las personas que participaron en el grupo estuvieron de acuerdo en que nuestra sociedad no está preparada para trabajar la reducción del daño. Es necesaria la formación en reducción de daños en personal médico y en todos los ámbitos sociales desde la propia universidad.

**BeTrAD**

# La perspectiva de las personas consumidoras de drogas de edades avanzadas

Josep Carbonell. Presidente Coordinador de APDO Asociación de Pacientes Dependencia Opiáceos

Cuando se empezó a actuar desde la perspectiva de la reducción de daños asociados a los consumos y abusos de drogas, a dispensar Metadona (entre otras actuaciones) en los CAS de Catalunya y en toda España, a parte de los problemas propios de la adaptación del personal terapéutico a estos programas, de los nuevos servicios de centros de prescripción, dispensación y tratamiento, nunca se previó que un día estos pacientes envejecerían y sus demandas y necesidades cambiarían en cuanto a prioridades; y que iría formándose una "bolsa" de personas que aun padeciendo patologías importantes, debido a un largo tiempo de consumo de sustancias estupefacientes, en muchos casos con enfermedades infecciosas importantes; gracias a los nuevos tratamientos actuales siguen manteniendo una calidad de vida básica, que les permite realizar actividades tanto de carácter ocupacional como de reciclaje personal en cuanto a adquisición de cultura y de formación profesional.

Ante esta situación, nos planteamos estas preguntas:

¿Sabemos cuantitativamente cuál es la población diana específica en este segmento de edad (mayor de 40 años)?

¿Sabemos cualitativamente qué piensan y esperan de los servicios asistenciales los pacientes mayores?

¿Sabemos qué necesidades específicas tienen como prioritarias?

¿Sabemos la situación familiar, laboral, económica, etc. de los pacientes mayores que tenemos en tratamiento en nuestros centros?

¿Sabemos en qué podemos ayudarles, para que su calidad de vida sea mejor?

Al observar la situación general de los consumidores de drogas de edad avanzada, se constata que se trata de una situación muy ambivalente. Por una parte, se pueden observar grandes éxitos conseguidos, desde los años 90 con programas de sustitución, varias campañas sobre medidas de "sexo seguro", con ayuda del SIDA y las opciones de tratamiento médico de diversas dependencias y enfermedades, etc., reduciendo los riesgos del uso de drogas ilícitas y aumentando así significativamente las posibilidades de supervivencia o esperanza de vida de estas personas.

Por otro, esto no impide que estas personas tengan una multitud de graves carencias y no tengan puestos de trabajo regulares debido a sus estilos especiales de vida, con una posición social a menudo marginal.

Hay tres acontecimientos desfavorables en este grupo de personas: en primer lugar, los consumidores a menudo carecen de los sistemas de referencia social (documentos legales).

Muy pocas personas viven en asociaciones o tienen vínculos familiares, muchas carecen hogar y están apareciendo constantemente en la escena de los sin techo. También hay una falta de apoyo financiero y, por regla general, no hay recursos financieros, por no hablar de las formas de prestación de jubilación.

A menudo las personas con dependencia a las drogas están endeudadas y viven en condiciones muy pobres.

Por último, pero no menos importante, el estado médico y psíquico es particularmente pobre, ya que las biografías de larga dependencia de los consumidores de drogas conducen a una condición de salud muy deficiente.

Los especialistas predicen que los consumidores de droga "adelantan" la vejez y que la vida en estructuras ilegales acelera el envejecimiento masivo, ya que el estado de salud de una persona con dependencia a las drogas de 40 años es similar al de uno de 60 o 70 años.

También están sufriendo muy a menudo de hepatitis no tratadas y pueden estar infectados con el VIH.

Además, la hipertensión, los problemas cardíacos, las enfermedades metabólicas, las complicaciones del riñón, la diabetes, los abscesos, el etc. son frecuentes.

También las consecuencias de años de estilos de vida perjudiciales para la salud como el tabaquismo, el consumo de drogas impuras, el exceso de grandes consumos, etc.

La dieta, la falta de ejercicio y a menudo años de detenciones aceleran dramáticamente el proceso de envejecimiento de los consumidores de drogas.

Las personas usuarias de drogas ahora viven más tiempo y experimentan una calidad de vida mucho mejor. El número de hombres y mujeres mayores con dependencia a las sustancias ilegales ha aumentado en Cataluña y España, como en otros países europeos.

Se predice que el número de personas dependientes de opiáceos más viejos se duplicará o triplicará en los próximos diez años.

Muchas de estas personas se encuentran en una situación sociosanitaria extremadamente delicada y una acentuada desestructuración vital, sin redes familiares o sociales a las que recurrir.

Urge la necesidad de avanzar en el abordaje político de esta situación, a través de una necesaria coordinación entre el ámbito social y el sanitario en el campo de la intervención en drogodependencias.

No hay una tradición por lo que respecta a las asociaciones de usuarios en el campo de las drogodependencias. Esta situación influye a la hora de tener en cuenta su punto de vista. Existe una falta de soporte económico por parte de la administración pública que dificulta la creación o mantenimiento de las asociaciones de usuarios.

Necesitamos nuevas adaptaciones de los actuales servicios:

- Viviendas de alquiler social específicas para este perfil de pacientes mayores
- Refuerzo motivacional y estrategias de incentivos, implementadas ya a partir de la admisión paciente inicial, pueden mejorar el compromiso de tratamiento
- Programa de atención domiciliaria (llevar el tratamiento a los pacientes con movilidad reducida a su casa).
- Horarios de urgencias y mejores horarios de dispensación
- Para muchos pacientes, un enfoque de atención continuo proporciona los mejores resultados, variando según las necesidades cambiantes de la persona.
- Creación del Consejo de Centro formado por pacientes que participen en las reuniones de coordinación del CAS.

- Mejorar los centros de día y crear centros de noche, para esta población diana, adaptándose a las necesidades específicas de sus usuarios
- Nuevos tratamientos con opiáceos (Heroína Oral, Buprenorfina, Codeína); ojo, no solo Suboxone (Buprenorfina y Naloxona).
- Programas terapéuticos individualizados (PTI) o (PTG) Generalizados
- Desarrollo de la ley de dependencia, e inclusión (pacientes con drogodependencias severos dependientes)
- Acompañamientos por pares estabilizados para realizar gestiones (Judiciales, Hospitalarias, sociales, etc...) Uso de los recursos normalizados
- Adecuación en los CAS de espacios de interacción entre los pacientes
- Atención a pacientes con demandas asistenciales fuera de la programación
- Instalaciones de dispensación más grandes
- Servicios específicos al usuario de Oftalmología y Odontología
- Aplicación de los protocolos de "uso compasivo" a pacientes mayores y con graves patologías

**BeTrAD**

# Recomendaciones

## Recomendaciones de ámbito europeo resultantes del proyecto BeTrAD

Las personas que usan drogas de edad avanzada son una población vulnerable, cuyo estado de salud está deteriorado, que tienen necesidades de salud específicas y problemas de salud crónicos, así como una pérdida de calidad de vida causada por su adicción y experiencias vitales. A pesar de que requieren la atención de la red pública de atención a las drogodependencias y de las organizaciones no gubernamentales, existen muy pocos servicios de atención a las drogodependencias para personas mayores (Roe, 2010). La mayoría de los servicios adaptados a la vejez se ofrece a las personas mayores con problemas de consumo de sustancias legales como el alcohol o los medicamentos.

Con el fin de mejorar las políticas y la práctica asistencial, a partir de los resultados del proyecto BeTrAD el grupo de expertos ha elaborado las recomendaciones siguientes:

### DESARROLLO DE POLÍTICAS EUROPEAS Y ESTATALES ESPECÍFICAS PARA LOS CONSUMIDORES DE DROGAS DE EDAD AVANZADA

Los agentes implicados y los responsables políticos europeos y estatales deberían desarrollar políticas, estrategias y planes de actuación dirigidos a mejorar el tratamiento y los servicios que satisfagan las necesidades de las personas usuarias de drogas de edad avanzada.

## UNA MEJOR EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS DE EDAD AVANZADA

1. Mejorar el seguimiento y el análisis de los datos epidemiológicos sobre el consumo de drogas teniendo en cuenta el grupo de edad (40 años y más), y sin establecer una edad límite en las encuestas poblacionales o procedimientos de recogida de datos.
2. Tomar en consideración distintos grupos de personas que usan drogas de edad avanzada en las estrategias de investigación (pacientes en tratamientos con agonistas opiáceos, personas con consumos problemáticos o con policonsumo).
3. Implantar investigación cuantitativa y cualitativa en materia de envejecimiento y uso de drogas para tener un mejor –y más profundo– conocimiento sobre las necesidades especiales del grupo de población diana.
4. Dar apoyo a la transferencia de investigación a la práctica (proyectos, servicios e instalaciones).

## ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS DE EDAD AVANZADA Y/O CREACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Con relación a la programación:

5. Implicar a la población diana (personas de 40 años y más que consumen drogas, en tratamiento) en el diseño de servicios o programas.
6. Introducir la “perspectiva de edad” en la atención a las drogodependencias existente.
7. Incorporar el abordaje de los problemas relacionados con el uso de drogas y la dependencia (ya sean por consumo de drogas legales o ilegales) en los servicios de atención geriátrica.

8. Desarrollar y dar apoyo a programas y servicios dirigidos a las personas que usan drogas de edad avanzada con un enfoque multidisciplinar, ofreciéndoles atención psicológica y a las enfermedades propias de la vejez que dé respuesta a sus necesidades específicas y que no se centre exclusivamente en el tratamiento farmacológico.
9. Construir y dar apoyo a redes y a la colaboración entre el sistema de atención primaria, los servicios de atención a las drogodependencias y la red de atención a la salud mental.
10. Redefinir los criterios de inclusión de los servicios de geriatría, de modo que no solo se contemple la edad sino también otros criterios, como el índice de fragilidad (índice de fragilidad para las personas mayores – FIFE) u otros instrumentos de medición.

En relación con los servicios:

11. Introducir o intensificar la atención psicológica y a las enfermedades propias de la vejez en los servicios de atención a las drogodependencias, ya que las personas que usan drogas mayores tienen que enfrentarse a síntomas de envejecimiento físico prematuro, trastornos psicológicos o psiquiátricos complejos e inicio prematuro de demencia.
12. Incluir herramientas de cribado para evaluar el deterioro cognitivo en los servicios de atención a las drogodependencias.
13. Incorporar programas de rehabilitación cognitiva en los servicios de atención a las drogodependencias que trabajan con consumidores de drogas mayores.
14. Incluir el tratamiento de las úlceras y heridas.
15. Crear servicios o programas de vivienda basados en el modelo “Housing First” para las personas mayores que usan drogas y que viven en condiciones inestables y de exclusión social.
16. Crear servicios sociales y psiquiátricos de baja exigencia.
17. Poner en marcha salas de consumo supervisado de bajo umbral y con acceso adaptado a las personas con discapacidad.
18. Introducir el tratamiento del dolor y cuidados paliativos.

19. Introducir el acompañamiento psicosocial en el final de la vida a personas que usan drogas.
20. Introducir atención odontológica ambulatoria y hospitalaria de baja exigencia.
21. Promover más formación para los profesionales de disciplinas diferentes que atienden a personas que usan drogas de edad avanzada (drogodependencias, geriatría, atención primaria...).

Optimizar los tratamientos con agonistas opiáceos:

22. Ofrecer un espectro más amplio de tratamientos: metadona, buprenorfina, diamorfina.
23. Ofrecer un tratamiento flexible de acuerdo con la situación física, social y psicológica del paciente: elección de la medicación, dosis, vías de administración, dosis para el tratamiento domiciliario ("take-home") y tratamiento en otros servicios de atención a las drogodependencias o de salud (p.e. atención primaria, farmacias)

## PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL

24. Promover el apoyo entre iguales y voluntarios.
25. Implantar intervenciones de atención domiciliaria y más servicios sociales de proximidad.
26. Ofrecer grupos de trabajo específicos para la población diana y otras subcategorías de acuerdo con sus necesidades o intereses específicos.
27. Organizar acontecimientos o actividades sociales para este colectivo.
28. Implantar criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en la planificación de la atención.

## Recomendaciones específicas de ámbito nacional

A raíz del análisis de los recursos y servicios existentes en el estado español y de los discursos y observaciones obtenidos mediante las entrevistas y grupos a expertos y profesionales, se recogen las recomendaciones necesarias para abrir nuevos campos de actuación e intervención en esta problemática de las drogodependencias y el envejecimiento.

Muchas de ellas se recogen en las recomendaciones en el ámbito europeo, pero en este caso se quiere resaltar aquellas estrategias, barreras y oportunidades que afectan muy directamente en el ámbito nacional.

De este modo, hemos recopilado nueve recomendaciones clave para un mejor abordaje de las drogodependencias en población envejecida.

### 1. Definir la población diana que usa drogas y de edades avanzadas

En primer lugar, es necesario tener definido a quién nos referimos cuando hablamos de personas mayores con drogodependencias. Podemos distinguir entre dos grupos o perfiles detectados hasta el momento:

Consumidores de drogas legales (alcohol, psicofármacos tranquilizantes e hipnóticos, antidepresivos, etc.), con unos rasgos epidemiológicos y sociodemográficos particulares y diferenciados para el alcohol y para psicofármacos.

Consumidores de drogas ilegales (opiáceos, cocaína, etc.) que iniciaron su consumo en la juventud y que, aun siendo patrones de consumo de alto riesgo, actualmente han visto aumentada su esperanza de vida.

Además del tipo de sustancias que se usan y la historia de consumo, hay que tener en cuenta los criterios de edad que habitualmente se aplican, es decir si estos son culturales o biológicos. Habitualmente se aplican criterios culturales, como lo es la edad de jubilación, en nuestro país los 65 años. No obstante, cada vez más se cuestiona si la edad cronológica es un criterio válido para determinar el grado de envejecimiento y el estado de salud. Nuevos criterios, de tipo biológico son cada vez más utilizados en la geriatría como el grado de envejecimiento/senilidad y valorando la funcionalidad y autonomía de cada persona.

2. Acuerdos interdepartamentales entre Salud (drogodependencias) y Bienestar Social (geriatría)

Debido a los problemas en los sistemas de derivación de los servicios geriátricos y de drogodependencias, en ambos sentidos, que se intensifican cuando hay que derivar a servicios especializados, proponemos establecer acuerdos entre los departamentos de Asuntos Sociales con los departamentos de Salud competentes en materia de drogas. Un acuerdo de este tipo permite acercar los dos ámbitos mediante grupos de trabajo y unir esfuerzos para un abordaje integral de los residentes o pacientes mayores que presenten alguna problemática relacionada con drogas.

3. Sistemas de derivación eficaces

Muy relacionado con el punto anterior, se requiere de un sistema de derivación eficaz para los residentes de geriatría (de más de 65 años con criterios de dependencia mínimos). Es muy importante que reciban una atención rápida y de calidad desde las áreas básicas de salud (hospitales, centros ambulatorios de salud y de drogas). Es necesario ya que muchos de estos servicios especializados no quedan cubiertos en las residencias, y por lo tanto las patologías quedarían desatendidas o se pospondría su atención, agravando el pronóstico y curso de tratamiento.

4. Creación de servicios específicos de atención a las drogodependencias para personas mayores

Por un lado, hay una falta de recursos específicos de atención a personas mayores con consumos de sustancias o problemas de drogas. Esto es consecuencia de que la atención a estas personas se da en los servicios ya existentes para adultos, sean ambulatorios, de ingreso hospitalario o en comunidad terapéutica. Hace falta crear dentro de la red asistencial de drogodependencias recursos residenciales específicos para personas de más de 45 años con un estado de salud deteriorado por el uso prolongado de sustancias y estilo de vida derivado de éste y que por el criterio de edad no pueden acceder a las residencias.

Por otro lado, hay una corriente muy fuerte de pensamiento entre el mundo profesional que aboga por dar la posibilidad a las personas de elegir el tipo de tratamiento, presente/futuro de éste, los tiempos, donde ir, etc. Esto tiene que ver con la participación de las personas usuarias, o el cliente, dependiendo de cómo se la quiera llamar.

Por lo tanto, es necesario apostar por un modelo lo más amplio posible, ya que no todas las personas van a querer estar en los mismos centros con jóvenes o adultos, mientras que algunos grupos de personas sí que lo deseen.

5. Coordinación entre Atención Primaria (Social y de Salud), centros penitenciarios y los servicios de tratamiento especializados.

Es muy importante no descuidar la atención social, en pro de la sanitaria. Para aquellos casos que han estado bajo la tutela de prisiones se requiere un especial cuidado a la parte social, además de la de salud, drogas o salud mental. Muchas veces cuando los internos salen a la calle no tienen a dónde ir, qué hacer con sus vidas, etc. Es decir, cuesta mucho más que estas personas tengan el trabajo social bien encauzado. Si esto sucede con la mayoría de ellos, es de especial gravedad la situación para aquellos internos de mayor edad. Por este motivo es necesario disponer de una buena coordinación entre los centros penitenciarios, los de salud especializados en drogas, y los demás servicios sociales y de salud.

6. Promover la formación a profesionales

Para conseguir un cambio de paradigma en la intervención de las personas mayores que usan drogas hace falta, evidentemente, introducir programas formativos en distintos niveles y profesionales: de reducción de daños, salud, servicios sociales, servicios de drogodependencias y geriatría.

Estos cursos deberían promoverse desde las administraciones nacionales y locales, con la colaboración de las entidades expertas y proveedoras de servicios. En este documento y en la misma web del proyecto BeTrAD hay información sobre cómo realizar un curso de formación para profesionales de la atención de las adicciones, de enfermería y del sistema médico.

7. Mejorar el diagnóstico y el cribaje de los problemas neuropsicológicos

Una de las recomendaciones específicas más interesantes es la inclusión de las pruebas de neuropsicología y de la figura del neuropsicólogo en los servicios. De esta manera, se puede anticipar el diagnóstico de patologías cognitivas y mentales con las pruebas neuropsicológicas, lo cual mejora el pronóstico y tratamiento y además a medio y largo plazo genera menos costes para el servicio, al evitar futuras pruebas que generan más costes que las de neuropsicología, además de ahorrar en tratamientos que se podrían evitar con el diagnóstico precoz.

Por otro lado, sería interesante reflexionar sobre la opción de adaptar las pruebas diagnósticas de drogodependencias con una perspectiva de edad, teniendo en cuenta los grados de deterioro, el funcionamiento en la vida diaria, etc.).

## 8. Introducir los programas de ocupación

Dentro del ámbito de los programas de activación, todos aquellos servicios de gestión de la ocupabilidad, del trabajo en grupo, del ocio y del tiempo libre son muy usados y presentan muy buenos resultados. Como las personas mayores tienen una buena adherencia a estos programas, por no decir la mejor, es una oportunidad aprovechar e intensificar el trabajo entre iguales, apostar más por las actividades y las terapias grupales, dar la posibilidad de participar en la decisión de los propios programas y servicios, insistir en el trabajo comunitario y los programas de ocupación, talleres sociolaborales, etc.

Hay que tener en cuenta que, aunque muchas personas difícilmente puedan volver a rellenar sus vidas con una ocupación laboral, pueden sentirse realizadas por otras actividades, por lo que apostar por estos programas supondrá una mejora de la calidad de vida muy importante.

## 9. Incrementar las investigaciones y sistemas de información

Los estudios sobre drogodependencias y envejecimiento son más bien escasos en ámbito internacional o europeo, pero en el territorio español son inexistentes, con alguna excepción. Por lo tanto, para poder llevar a cabo las estrategias nacionales y los planes de acción, ajustados a las necesidades de la población atendida, hacen falta estudios que mejoren la información que disponemos, y así poder resolver dudas e incógnitas que por ahora quedan muy abiertas.

Del mismo modo, incorporar a los sistemas de información los indicadores con perspectiva de edad también permitiría tener datos con evolución temporal y también ajustar los servicios y adaptarlos. Por ejemplo, es habitual cortar los datos estudiados en las edades de jubilación, y así nos falta información de aquellas personas más envejecidas.

Todas estas mejoras deberían contribuir a iniciar una nueva etapa de mejor información y abordaje de la cuestión, que por ahora se ha realizada de un modo inespecífico junto con la población adulta consumidora de drogas.

# Bibliografía

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2018.) *Informe del país sobre drogas 2017*. Lisboa. Disponible en línea: [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/spain\\_es](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/spain_es)

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2018). *Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid. Disponible en línea: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). *Informe 2017. Consumo problemático de drogas 2006-2015*. Madrid. Disponible en línea: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017\\_Informe\\_Indi\\_consumo\\_problemativo.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017_Informe_Indi_consumo_problemativo.pdf)

Cerreta F et al. (2012). *Drug policy for an aging population--the European Medicines Agency's geriatric medicines strategy*. The New England Journal of Medicine. 2012 Nov 22;367(21):1972-4. doi: 10.1056/NEJMp1209034. Disponible en línea en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1209034>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). *Selected Issue 2010: Treatment and care for older drug users*: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en línea en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/580/EMCDDA\\_SI10\\_Ageing\\_242756.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/580/EMCDDA_SI10_Ageing_242756.pdf)

Pirón A. et al. (2013) *Ageing and addiction: challenges for treatment systems*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon. Addictions Conference 2015. Lisboa. Disponible en línea en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3435/05\\_LXAddictions\\_A\\_P\\_ageing\\_FINAL.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3435/05_LXAddictions_A_P_ageing_FINAL.pdf)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015), *European Drug Report 2015: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en línea en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_EN\\_TDAT15001ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_EN_TDAT15001ENN.pdf).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), European Drug Report 2017: Trends and Developments. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en línea en:

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *Germany: country drug report*. Lisbon. Disponible en línea en:

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4528/TD0416906ENN.pdf>

Plan Nacional Sobre Drogas (2018) Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024. Madrid. Disponible en línea:

[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209\\_ESTRATEGIA\\_N.ADI CCIONES\\_2017-2024\\_aprobada\\_CM.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADI CCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf)

Abellán et al. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, 15, 2-48. Madrid. Disponible en línea:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>

Blazer, D. G., & Wu, L.-T. (2009). *The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults National Survey on Drug Use and Health*. *The American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1162-1169. Washington. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010016. Disponible en línea en:

[https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2009.09010016?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2009.09010016?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

Caputo, F, et al (2012). *Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options*. *Experimental Gerontology*, 47 (6), 411-416. Disponible en línea en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4999313/>

Djernes, J. (2006). *Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:372-387. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x

Instituto Edad y Vida (2015). *Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales*. Senda Editorial. Madrid: Disponible en línea en: <https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2017/04/Informe-EV-Perfil-Sanitario.pdf>.

Kojima, G. (2016). *Frailty as a predictor of fractures among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis*. *Bone*, 90, 116-122. doi: 10.1016/j.bone.2016.06.009 Disponible en línea en: <https://goo.gl/ua6y6i>

# Créditos

Esta publicación es uno de los resultados del Proyecto ERASMUS 'Better Treatment for Ageing Drug Users', el cual ha sido coordinado por Jugend-und Drogenhëllef Luxembourg, de Luxembourggo. Más información en: <http://www.betrad.eu>.

Proyecto Número: 2016-1-Lu01-KA 204-013837

Edita:

Agencia de Salut pública de Catalunya,  
Departamento de Salut. Generalitat de Catalunya

Fundación Salud y Comunidad

Traducción: Serveis lingüístics del Departament de Salut



jugend- an drogenhëllef  
Fondation



This project has been funded with support from the European Commission.  
This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



This project has been funded with support from the European Commission.  
This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.