



EDAD, ENVEJECIMIENTO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Martes 25 de noviembre de 2025

Introducción de la perspectiva de edad en una Comunidad Terapéutica

Proyecto PRESERVA

Resultados preliminares de la fase exploratoria

Dirección técnica

Dr. Xavier Ferrer

Responsable evaluación

Daniel Urbina



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Descripción general del consumo en España

- Según el **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones**, las sustancias más consumidas son el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína, si bien el consumo varía según la edad y el sexo, con prevalencias más altas en hombres que en mujeres, salvo en el caso de los hipnosedantes y los analgésicos opioides. **OEDA (2023)**
- Según la **Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España** refuerza esta idea revelando que las sustancias más consumidas entre la población de 15 a 64 años fueron: alcohol (76,4%), tabaco (39,0%), hipnosedantes (13,1%), cannabis (10,6%) y cocaína (2,4%). **EDADES (2022)**



¿Qué pasa con las personas mayores de 45 años?

- La **perspectiva de edad** ya se aplicaba, pero se había centrado en el estudio diferenciado de “jóvenes y adolescentes” frente a un único grupo de “adultos”, sin diferenciar entre adultos jóvenes, adultos en edad media y personas mayores.
- Uno de los puntos de inflexión para diferenciar los resultados en función e los diferentes grupos de edad fue **el informe del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2010)** en el que se señalaba que **a partir de los 40 años** se observa un proceso de envejecimiento precoz entre los consumidores de drogas con respecto a la población general, especialmente en el ámbito de la dependencia de la heroína.
- Según el **National Institute on Drug Abuse** de los EEUU, los adultos **mayores de 50 años** metabolizan las sustancias más lentamente y son más susceptibles a sus efectos adversos. Además, son más propensos a consumir medicamentos recetados y experimentar problemas de salud mental y física relacionados con el consumo (**NIDA, 2023**).

EEUU (50) y en UE (40). “Nosotros” hemos tomado los 45 años como referencia

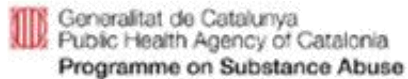
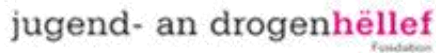
- En España, la información sobre el consumo de drogas en mayores de 45 años es todavía limitada, pero sí parece observarse que el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides aumenta a partir de los 35 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022). También se ha observado un aumento en la proporción de personas mayores de 45 años en tratamiento por drogodependencias, apuntando hacia la necesidad de abordar este fenómeno de forma específica (Subdirección General de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat de Catalunya, 2022).
- Cataluña sigue una tendencia similar a la del resto de España. Según **datos recientes**, las sustancias más comunes en el grupo de personas mayores de 45 años incluyen el alcohol, la cocaína y los medicamentos recetados (CEEISCAT, 2023). Según este informe, este grupo también presenta una **mayor prevalencia de problemas de salud mental y física**.

Por lo tanto...

- Se puede afirmar que el consumo de drogas en **personas mayores de 45 años en España muestra tendencias preocupantes y específicas que requieren una atención urgente y adaptada a sus necesidades**.
- En este sentido, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ya reconoció la necesidad de **abordar las adicciones en diferentes grupos de edad**.
- Además, este enfoque se alinea con el Plan de Acción de la UE en materia de Drogas 2021-2025, que enfatiza la importancia de **adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de diversos grupos poblacionales**.

BeTrAD

Un proyecto europeo *Erasmus+* : Mejor tratamiento para las personas envejecidas o de edad avanzada que usan drogas
(**B**etter **TR**eatment for **A**ging **D**rug users)



- 2017- 2019
- 7 organizaciones de 5 países

Actuaciones:

- - análisis por países e informes nacionales
- - Informe conjunto europeo
- - Selección de Buenas Prácticas
- - Programa de un curso de formación
- - “Caja de herramientas”



Perfiles de consumidores mayores.

INICIO DEL CONSUMO	<u>iniciación temprana</u> (supervivientes)	Larga historia de consumo que persiste en la vejez.
	<u>iniciación tardía</u> (reactivos).	Se suelen iniciar por A.V.E. (Acontecimientos Vitales Estresantes): jubilación forzosa, fracaso matrimonial, aislamiento social o pérdida de ser querido
	En ocasiones, <u>iniciación muy tardía</u>	(mismos motivos anteriores, dolores crónicos...)
2 PERFILES DIFERENCIADOS POR SUSTANCIAS		Consumidores de alcohol y/o fármacos tranquilizantes o analgésicos.
		Consumidores de drogas ilegales

**Modificado de: Drogas en el punto de mira. Consumo de sustancias en adultos mayores: un problema olvidado. OEDT, 2008*

Características de consumidores mayores (OEDT, 2008)

1. Consumidores frecuentes de **medicamentos** de venta con y sin receta médica.
2. Los consumidores de drogas con **finés recreativos** se están haciendo mayores y el número de pacientes mayores cada vez es más elevado.
3. Riesgo relativamente alto de tener **problemas con la bebida**.
4. El envejecimiento puede causar problemas psicológicos, sociales y de salud que actúan como **factores de riesgo para el abuso de sustancias**.
5. Los **problemas de salud física y mental** son más prevalentes en los consumidores mayores de sustancias.
6. Los pacientes mayores se toman en serio los programas terapéuticos y pueden conseguir unos **resultados satisfactorios** con el tratamiento.

Intervenciones existentes (métodos)

- **Intervención en crisis.** Unidades Hospitalarias
- **Activación.** Centros de día, actividades en grupo, programas de estructuración diaria, integración laboral - ocupacional
- **Inserción.** Terapias ocupacionales y Reinserción social.
- Terapias de **sustitución.** Administración de agonistas opiáceos
- **Intervención psico-social.** Individual, grupal, prevención de recaídas.
- **Atención médica.** Sistemas de derivación, atención sanitaria preventiva, Tratamiento orientado a la abstinencia o de larga duración.
- **Provisión de vivienda adaptada.** De larga duración, vivienda protegida, apoyo basado en el hogar/ vida asistida.
- **Programas educativos.** Y de formación a lo largo de la vida
- Programas de **trabajo comunitario** (voluntariado...)
- **Acompañamientos**
- **Reducción de daños.** Centros de baja exigencia & PIJ.

*Fuente: TOOLBOX (Proyecto BETRAD) &
the Best Practice Collection*

Buenas prácticas



Población diana: personas con consumo de larga evolución de heroína, cocaína

Servicios específicos

4

Foco principal la prestación de atención específica a la población diana, de acuerdo con sus **necesidades particulares (edad, comorbilidad, droga de consumo...)**

1. Holanda: **Woodstock**
2. España: **PAAC**
3. Luxemburgo: **TABA**
4. Bélgica: **Bilzenhof**

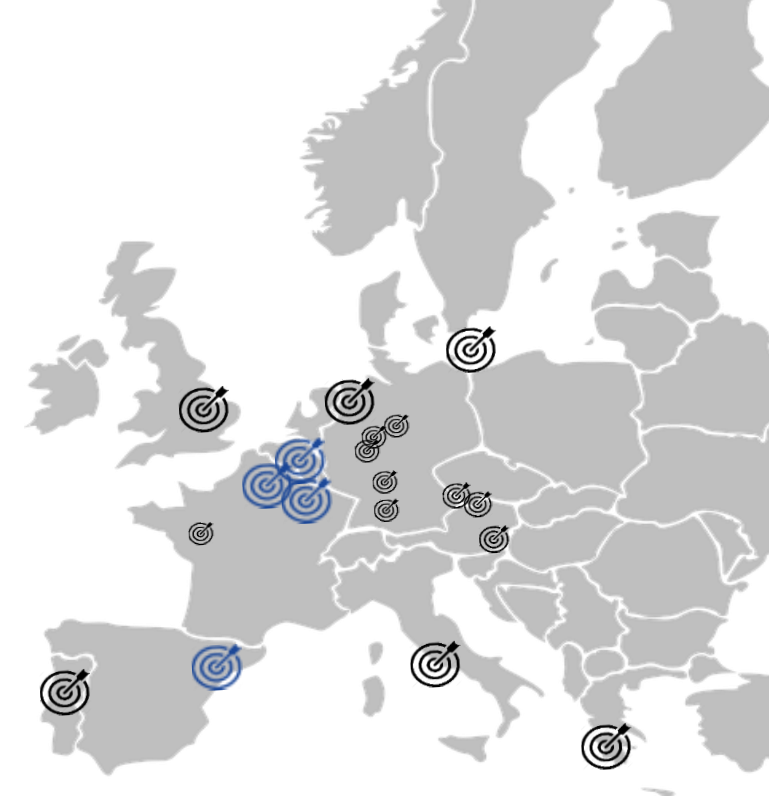
Servicios no específicos

15

Atienden población más amplia, Programas o actividades específicas para la población diana

1. Reino Unido: **Service User Involvement Team (SUIT)**
2. Portugal: **Ares do Pinhal**
3. Italia: **PARSEC**
4. Grecia: **KETHEA**
5. Dinamarca: **Kongens Ø Munkerop**
6. República Checa: **Therapeutic Community Nĕmčice (TKN)**
7. República Checa **Spolek Ulice Plzen**

1. Austria: **Liaison service Konnex**
2. Holanda: **VNN Policlinic Leeuwarden**
3. Alemania: **Betreutes Wohnen Kriegstrasse**
4. Alemania: **Haus im Stift**
5. Alemania: **Projekt Lûsa**
6. Alemania: **Plan B gGmbH**
7. Alemania: **SKFM Düsseldorf**
8. Francia: **CHUNantes**



Algunos ejemplos de Buenas Prácticas

(ver detalles en la Selección de Buenas Prácticas del Proyecto BETRAD)

Programa PAAC Hospital Vall d'Hebron, Barcelona (Programa de Atención a Ancianos Consumidores)



- Usuarios de drogas envejecidos, mayores de **65** años. Desde 2015
- Servicio: ambulatorio, sustitución de opiáceos, neuropsicología, servicios médicos especializados, apoyo psiquiátrico continuo.
- Tratamiento: orientación, reducción de daños, activación, terapia de grupo, apoyo social.
- Enfermeros, médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores de iguales (remunerados), educador comunitario.
- Financiación pública. Amplia interacción con otros servicios del Hospital.
- **2024**: programa consolidado. Durante COVID, los pacientes mayores usaron más la consulta online que los más jóvenes.

La Haya, Holanda (NL) – **Woodstock**. Desde 2008



- Usuarios de drogas envejecidos, mayores de **45** años y sin hogar.
- Servicio: Residencial, parecido a un hogar de ancianos (proyecto de vivienda).
- Tratamiento: orientación, atención médica, atención social, terapia de sustitución, reducción de daños, programas de activación, actividades grupales.
- Enfermer@s, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales.
- Financiación: seguro de salud, financiación pública.
- Proyecto **exclusivo para drogodependientes**.
- Se permite uso de drogas en las habitaciones
- <https://www.parnassia.nl/onze-locaties/woodstock-den-haag>

Algunos ejemplos de Buenas Prácticas

(ver detalles en la Selección de Buenas Prácticas del Proyecto BETRAD)

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



- Usuarios de drogas envejecidos, mayores de **50** años.
- Servicio: Residencial, vivienda en residencia asistida (**junto a mayores dependientes, no usuarios de drogas**), comorbilidad aceptada, uso de drogas no permitido dentro de las áreas comunes.
- Tratamiento: programa de refuerzo comunitario, manejo de casos individuales, tratamiento con metadona, activación, solución de vivienda a largo plazo.
- Enfermer@s, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores de iguales (voluntariamente).
- Financiación: seguro de salud, público o privado.
- <https://www.zorgbedrijf.antwerpen.be/woonzorgcentra/woonzorgcentrum-bilzenhof>

Walferdange, Luxemburgo (LU) – TABA “Proyecto de empleo estructurante diario”



- Usuarios de drogas envejecidos, mayores de **40** años. 15 plazas.
- Servicio: Ambulatorio, uso de drogas tolerado, activación, proyectos de trabajo.
- Tratamiento: orientación, atención médica y mental, atención social, reducción de daños, activación.
- Enfermeras, psicólogos, educadores de iguales, educadores.
- Financiación: fondos públicos, donaciones.
- <https://cnds.lu/tabla/>
<https://www.facebook.com/profile.php?id=100070264653735>

Continuación Proyecto BeTrAD España

Conclusión final

Es necesario adoptar una **Perspectiva de edad interseccional**

- Necesidades específicas de diagnóstico, tratamiento, integración social...
- Interacción con género, orientación sexual, pobreza, raza/cultura...

**¿Qué podemos
hacer desde FSYC?**

Programa PRESERVA

- Un proyecto **experimental**.
- Implementado en la Comunidad Terapéutica "Can Coll" durante el 2024. Fase exploratoria.
- Centrado en las necesidades de personas drogodependientes **mayores de 45 años**.
- Especial atención al **deterioro cognitivo asociado al consumo prolongado** de sustancias.
- **Intervenciones integradas en el programa de tratamiento habitual** de esta Comunidad.

- **Centro residencial de alta intensidad** (≈7 meses) con **capacidad para 34 plazas** (aprox. el 90% son concertadas) formado por un equipo **interdisciplinar** (psicólogos/as, educadores/as, técnicos/as de integración, monitores, pedagogos/as, psiquiatra, DUE y personal de apoyo (cocina, mantenimiento, voluntari@s...)).
- **Continuidad:** Opción de pisos terapéuticos posteriores y/o seguimiento individual posterior.
- **Intervención**
 - ✓ Plan de tratamiento individual en contexto grupal.
 - ✓ Programa integral psicosocial, educativo y sanitario.



Descripción de la muestra de drogodependientes mayores de 45 años atendida en centros de TPI (terapia Psicosocial Intensiva) de FSC (n=896)

- Como **primer paso** de esta experiencia piloto, se realizó un **estudio descriptivo sobre las personas atendidas en los centros de atención a las drogodependencias*** desde el 2018 hasta el 2024, concretamente en dos Comunidades terapéuticas, dos pisos de inserción y un centro de día (**excluyendo a la población atendida en dispositivos ambulatorios de baja intensidad, de reducción de daños y programas en prisiones*).

Diferencias entre los > y < de 45 años

Variable	Ji²	Valor “p”
Género	11.75	p < 0.01**
Droga principal	81.15	p < 0.001***
Diagnóstico previo	30.06	p < 0.001***
Motivo salida	14.95	p < 0.05*

Descripción general de la muestra de personas drogodependientes atendidas en FSC

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

Descripción general de la muestra de drogodependientes mayores de 45 años atendida en centros de TPI de FSC

Variable	<45 Media	>45 Media	p-valor
Tiempo de estancia (días)	133,3	151,7	0,281468
Calidad de Vida	4,6	4,6	1
STAI-R	30,9	28	0,284722
BECK	16,5	15,2	0,626962
BIS	60,6	53,1	0,096652
WAI	59,6	60,5	0,754878

- **Tiempo de estancia (días):** días de permanencia en tratamiento.
- **Calidad de Vida (1–9):** escala visual subjetiva (1 catastrófica – 9 excelente).
- **STAI-R:** ansiedad rasgo (0–19 muy baja, 20–39 leve-moderada, 40–59 alta, ≥60 muy alta).
- **BECK (BDI-II):** depresión (0–13 mínima, 14–19 leve, 20–28 moderada, 29–63 grave).
- **BIS:** impulsividad (≤60 baja, 60–75 media, >75 alta).
- **WAI:** alianza terapéutica (≤50 baja, 50–65 media, >65 alta).

Muestra participante en el programa PRESERVA (fase exploratoria)

- Antes de diseñar la intervención, con el fin de valorar las necesidades específicas de las personas mayores de 45 años, se realizó un **primer estudio exploratorio entre la población atendida en este recurso en el momento actual (n=43)**.
- Asimismo, se aplicaron de forma exploratoria pruebas psicométricas específicas para la **valoración del deterioro cognitivo** a todas las personas usuarias del servicio para valorar su posible impacto:
 - i. **El Test Cognitivo de Montreal (MoCA).** Es una prueba breve diseñada para detectar el deterioro cognitivo leve y la demencia. Evalúa funciones como memoria, orientación, lenguaje, concentración, función ejecutiva y visoespacial.
 - ii. **El Inventario de Síntomas Prefrontales abreviado (ISP-20).** Evalúa la sintomatología ejecutiva disfuncional (diferenciando entre problemas motivacionales, atencionales y de control ejecutivo), el descontrol emocional y la inhibición social.

4.2.Resultados de la fase exploratoria (previa a la intervención)

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

Resultados obtenidos del Test Cognitivo de Montreal (MoCA)

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

MoCA (0–30): ≥ 26 normal, 18–25 deterioro leve, ≤ 17 deterioro moderado-severo

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

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

ISP-20 (20–100): 20–39 muy baja, 40–59 leve-moderada, 60–79 alta, ≥ 80 muy alta



•Motivacional:

- 0–7 normal; 8–13 **disfunción moderada**; ≥ 14 **disfunción grave**

•Ejecución:

- 0–10 normal; 11–19 **disfunción moderada**; ≥ 20 **disfunción grave**

•Atención:

- 0–5 normal; 6–10 **disfunción moderada**; ≥ 11 **disfunción grave**

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

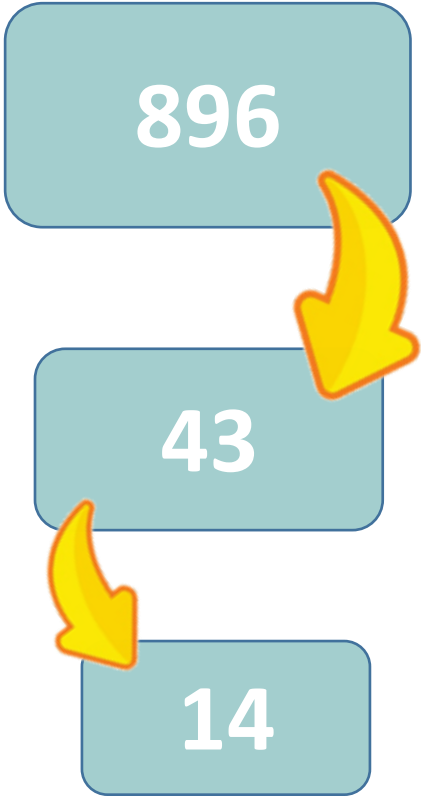
En base a esos resultados, se diseñó una intervención específica para personas usuarias mayores de 45 años en dos contextos:

- **El contexto grupal**

Se implementó un programa de estimulación cognitiva formado por **29 dinámicas grupales** realizadas con una **periodicidad semanal** y con un contenido variado, por ejemplo: Dificultades organizativas, espaciales, cálculo y razonamiento matemático, orientación espacial, fluidez verbal o memoria, entre otras.

- **El contexto individual**

Se implementó tanto desde las **sesiones semanales de psicoterapia individual**, como en las **atenciones directas** realizadas por parte del equipo educativo. Para ello, se consensuaron con la persona usuaria los objetivos a trabajar en función de sus necesidades específicas (la prevención del aislamiento social, los síntomas depresivos o la promoción del autocuidado, por poner algunos ejemplos).



SEXO	n	Porcentaje
Mujer	3	21.43%
Hombre	11	78.57%
Total	14	100%

	Media	Mediana
Edad	52,42	52

Sustancia	n	Porcentaje
Benzo.	1	7.14%
Cocaína	1	7.14%
Heroína	1	7.14%
Alcohol	7	50%
Cocaína y alcohol	4	28.57%

ÁREA MEDIDA	Media PRE	Media POST	Valor "p"
MoCA TOTAL	23.30	25.61	0.02
ISP-20 TOTAL	76.46	59.61	0.016
└ Motivación	14	10.23	0.03
└ Ejecución	22	19.07	0.19
└ Atención	14.23	12	0.11

MoCA (0–30)

- ≥ 26 normal >> **18–25 deterioro leve**

ISP-20 (20–100)

- TOTAL: **60–79 alta** >> **40–59 leve-moderada**
- Motivacional: ≥ 14 **disfunción grave** >> **8–13 disfunción moderada**
- Ejecución: ≥ 20 **disfunción grave** >> **11–19 disfunción moderada**
- Atención: ≥ 11 **disfunción grave**

- Calidad de Vida (1–9): **Muy mala (2)** >> **Buena (6)**
- STAI-R: ansiedad rasgo: **40–59 alta** >> **20–39 leve-moderada**
- BECK (BDI-II): **20–28 moderada** >> **depresión (0–13 mínima)**
- BIS: impulsividad: **60–75 media** >> **≤ 60 baja**

ÁREA MEDIDA	Media PRE	Media POST	Valor "p"
Calidad de vida	2.86	6.45	<0.001
Ansiedad (STAI-R)	42	23.09	<0.001
Depresión (BECK)	26.71	13.17	0.153*
Impulsividad (BIS)	64.57	42.91	<0.001

**No significativo estadísticamente, pero sí clínicamente*



¿Estos cambios realmente se deben a la intervención realizada en el programa PRESERVA?

Necesitamos un GRUPO CONTROL

Integrado por una muestra seleccionada de personas usuarias mayores de 45 años (n=30) que **no participaron en la implementación de la intervención prevista en el PRESERVA** (ya que estuvieron en el mismo centro inmediatamente antes del inicio del programa).

Limitación: No teníamos puntuaciones de deterioro cognitivo...

Diferencias en género y edad entre los grupos control y experimental

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

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

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

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

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

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

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

Valoración del proceso en el programa preservea

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



Dirección técnica
Dr. Xavier Ferrer
Responsable evaluación
Daniel Urbina

Técnicos evaluación
Maria Laiglesia
Martín González
Rafael Soriano

www.fsyc.org

Xavier.Ferrer@fsyc.org
daniel.urbina@fsyc.org
evaluacion@fsyc.org

MUCHAS GRACIAS

Especial agradecimiento a:

Gustavo MUÑOZ (Dirección Técnica) y al equipo de Can Coll que ha hecho posible este estudio, en especial a Gemma MAUDES, Jordi MORILLO, y Rosa MONTOYA.