

Capítulo I

Una epidemia oculta: el consumo de drogas entre las personas de edad

Introducción

1. Hoy en día, las personas de todo el mundo viven más años, y con una vida más larga se presenta toda una serie tanto de oportunidades como de dificultades. Entre estas últimas se cuenta la creciente vulnerabilidad de las personas de edad al consumo de drogas y a la drogodependencia.

2. En 2016, la JIFE dedicó el capítulo I de su informe anual a la cuestión de las mujeres y las drogas, y en 2019, a la mejora de los servicios de prevención y tratamiento del consumo de sustancias para los jóvenes. La observación de pautas cada vez mayores de consumo de drogas y de drogodependencia entre las personas de edad llevó a la Junta a tratar este fenómeno en el presente capítulo temático.

3. Según las Naciones Unidas, en 2019 había en el mundo 703 millones de personas cuya edad era de 65 años o más. Las proyecciones indican que esa cifra se duplicará hasta alcanzar los 1.500 millones para 2050. A escala mundial, la proporción de la población de 65 años o más aumentó del 6 % en 1990 al 9 % en 2019. Según las proyecciones, esa proporción crecerá aún más y, para 2050, se prevé que el 16 % de la población mundial, es decir, 1 de cada 6 personas, tendrá 65 años o más¹. En 2018 se proyectó que en 2020, por primera vez en la historia, el número de personas mayores de 60 años sería mayor que el de niños menores de 5 años².

¹ *World Population Ageing 2019: Highlights* (publicación de las Naciones Unidas, 2020).

² OMS, Notas descriptivas, “Envejecimiento y salud”, 5 de febrero de 2018.

4. La tendencia hacia el envejecimiento de la población se inició en los países de ingreso alto y ha ido avanzando durante un período relativamente largo. Esta tendencia es ahora visible también en los países de ingreso bajo y mediano, y avanza considerablemente más deprisa. Por ejemplo, en Francia transcurrieron 150 años para que la población de personas mayores de 60 años pasara del 10 % al 20 %; según las previsiones, el Brasil, China y la India culminarán la misma transición en 20 años. En el Japón, el 30 % de la población tiene más de 60 años; se estima que, para 2050, Chile, China, la Federación de Rusia e Irán (República Islámica del) tendrán una proporción de personas de edad semejante a la del Japón. Además, según las previsiones para 2050, el 80 % de las personas de edad vivirán en países de ingreso bajo y mediano³. Sin embargo, es ahora cuando se necesita planificar para hacer frente a los efectos de esos cambios a escala mundial, así como los posibles problemas y desafíos del consumo de sustancias entre las personas de edad.

5. En consonancia con las tendencias mundiales en el envejecimiento de la población, los datos procedentes de los Estados Unidos de América y de muchas partes de Europa sugieren que en los últimos años también han aumentado no solo el consumo de drogas y las muertes relacionadas con las drogas entre las personas de edad, sino también el número de personas de edad que reciben tratamiento por problemas de consumo de drogas⁴. Ese aumento, sobre todo en los países de ingreso alto, puede ser el resultado del envejecimiento de la generación del

³ *Ibid.*

⁴ *Informe mundial sobre las drogas 2018*, fascículo 4, *Las drogas y la edad: las drogas y los problemas conexos entre los jóvenes y las personas de más edad* (publicación de las Naciones Unidas, 2018).

baby boom (formada por las personas nacidas entre 1946 y 1964, un período de aumento de las tasas de natalidad, y que llegaron a la mayoría de edad en un momento en que los niveles de consumo de drogas ilícitas y uso indebido de medicamentos eran relativamente altos). Es probable que esta tendencia al alza del número de personas de edad que consumen drogas se mantenga mientras el resto de esta generación haga la transición a la vejez⁵.

6. Los datos epidemiológicos sobre el alcance del consumo de sustancias entre las personas mayores son limitados. En general, se dispone de datos sobre el consumo de sustancias completos y a largo plazo sobre todo respecto de países de ingreso alto, y normalmente para el intervalo de edades comprendidas entre 15 y 65 años. La información sobre el consumo de sustancias entre personas mayores de 65 años es limitada incluso en los países donde se realizan encuestas periódicas sobre el consumo de drogas. La recopilación de datos acerca del consumo de sustancias se ha centrado en la población general (15 a 65 años de edad), los jóvenes, los adultos jóvenes y los grupos marginados y de riesgo, pero ha dejado relegados a algunos grupos, como las mujeres y, en particular, las personas de edad. En los aspectos científico, epidemiológico y cultural se ha tendido a pasar por alto a las personas mayores, como lo demuestran la falta de información al respecto que hay en las publicaciones especializadas y las actitudes comunes hacia las personas de edad que se observan en la sociedad. El problema del consumo de sustancias entre las personas mayores no se ha reconocido como tal hasta hace muy poco tiempo y solo se ha comenzado recientemente a llevar a cabo estudios específicos. Una de las consecuencias de disponer de información y datos limitados es que, aunque en todo el mundo se reconocen los problemas que plantea el envejecimiento, no se reconocen de igual modo los problemas de las personas que consumen drogas mientras envejecen.

Definición de las personas de edad

7. La mayoría de los países industrializados consideran que una persona de edad o persona mayor es la que tiene más de 65 años. Esta definición está asociada a la edad en que una persona adquiere el derecho a percibir prestaciones en concepto de pensión, aunque la edad de jubilación va desplazándose hacia los 70 años en varios países a medida que aumenta la esperanza de vida. Con todo, la definición de *persona de edad* no es común a todas las culturas y sociedades. En muchos países de

ingreso bajo y mediano y en las culturas no occidentales, la edad de jubilación no está institucionalizada y las pensiones (cuando existen) no siempre son suficientes, lo que obliga a las personas mayores a seguir trabajando hasta una edad más avanzada. Además del hito cronológico (65 años) y la situación económica (ser pensionista), hay otros factores, como la función cultural en la comunidad y el estado de salud, que pueden ser más pertinentes en algunas sociedades para definir a las personas de edad.

Definición de las personas de edad que consumen drogas

8. En algunos estudios realizados en toda Europa sobre personas que consumen drogas se ha considerado *personas de edad* a las que superan el umbral de los 40 años^{6,7}. En Gales (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) se considera *personas mayores* a las personas que consumen sustancias (alcohol y drogas) si tienen 50 años o más⁸. El Consejo Consultivo sobre el Uso Indebido de Drogas del Reino Unido ha constatado que, en los últimos años, las estadísticas han mostrado un cambio verificable en el perfil de edad de las personas que acceden al tratamiento por consumo de drogas en el país; se considera que la cohorte en fase de envejecimiento está formada por las personas mayores de 35 años⁹. En la India se realizó una revisión de las publicaciones científicas sobre el consumo de alcohol y los trastornos por consumo de alcohol entre personas de edad, centrada en los mayores de 50 años¹⁰. En Noruega, en un examen de cuestiones sanitarias y sociales entre las personas de edad que reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos se clasificó a las personas de edad como las de 45 años o más¹¹.

9. La falta de consenso sobre la definición de *persona de edad* en las estadísticas sobre consumo de sustancias puede tener enormes consecuencias para las personas que consumen drogas y en la forma en que los profesionales

⁶Catherine Comiskey *et al.*, *Addiction Debates: Hot Topics from Policy to Practice* (Londres, SAGE Publications, 2020).

⁷Lauren Johnston *et al.*, “Responding to the needs of ageing drug users” (EMCDDA, Lisboa, 2017).

⁸Gales (Reino Unido), Advisory Panel on Substance Misuse, *A Report on Substance Misuse in an Ageing Population* (febrero de 2017).

⁹Reino Unido, Consejo Consultivo sobre el Uso Indebido de Drogas, *Ageing Cohort of Drug Users* (junio de 2019).

¹⁰Abhijit Nadkarni *et al.*, “Alcohol use and alcohol-use disorders among older adults in India: a literature review”, *Aging and Mental Health*, vol. 17, núm. 8 (mayo de 2013).

¹¹Zhanna Gaulen *et al.*, “Health and social issues among older patients in opioid maintenance treatment in Norway”, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 34, núm. 1 (marzo de 2017), págs. 80 a 90.

⁵Sarah Wadd y Sarah Galvani, “The forgotten people: drug problems in later life – a report for the Big Lottery Fund – July 2014” (Luton, Universidad de Bedfordshire, 2014).

y los servicios trabajan con sus pacientes y usuarios¹². En un estudio se estimó que el proceso de envejecimiento de las personas que tienen problemas de consumo de sustancias se acelera en al menos 15 años; en este grupo de personas que envejecen de forma prematura se observa un conjunto de problemas de salud física que son típicos de las personas de edad avanzada¹³.

Estimaciones mundiales de la escala y la naturaleza del problema

10. Como ya se ha señalado, el consumo de sustancias entre las personas de edad no se ha investigado lo suficiente porque los estudios epidemiológicos nacionales sobre el consumo de drogas suelen limitar la población estudiada a los menores de 65 años. Con todo, sí se dispone de algunos datos, que apuntan a un aumento general del consumo de drogas entre las personas de edad.

11. En el fascículo 4 del *Informe mundial sobre las drogas 2018* de la UNODC, titulado *Las drogas y la edad: las drogas y los problemas conexos entre los jóvenes y las personas de más edad*, se subrayó que en algunos países había pruebas de que el consumo de drogas entre las personas de edad había aumentado durante el decenio anterior a un ritmo más rápido que entre los grupos más jóvenes. Si bien no hay pruebas universales, sí existen algunas estadísticas que muestran que esos cambios están teniendo lugar en países de ingreso alto, mediano y bajo.

12. En Alemania, durante el período 2006–2015, el consumo de cualquier droga durante el año anterior creció más entre las personas de 40 años o más que entre los grupos de edad más jóvenes. En Suecia, la tasa de prevalencia de consumo ilícito de cualquier droga durante el año anterior entre las personas de 55 a 64 años de edad fue del 5,8 % en 2017. En lo que respecta a drogas concretas, el consumo de cannabis ha ido en aumento entre las personas de 55 a 64 años de edad en algunos de los países más poblados de Europa Occidental. Según los datos de prevalencia anual de Alemania, España, Francia, Italia y el Reino Unido, el consumo de cannabis entre las personas de ese grupo de edad ha venido creciendo a mayor ritmo que en ningún otro grupo de edad.

13. En Australia, en el período 2007–2016, las tasas de prevalencia del consumo de drogas entre las personas de 50 a 59 años y de 60 años o más aumentaron entre el

60 % y el 70 %. En Chile, el uso de cannabis durante el año anterior entre las personas de 45 a 64 años de edad se cuadruplicó durante el decenio hasta 2016, y se multiplicó casi por 30 entre 1996 y 2016. También se pusieron de manifiesto tendencias semejantes en el caso del consumo de cocaína, cuya prevalencia anual se multiplicó por 14 entre las personas de 35 a 44 años de edad, mientras que disminuyó entre las personas de 12 a 18 y de 19 a 25 años de edad durante el mismo período.

14. En los Estados Unidos, el número de personas de 50 años o más que habían consumido drogas en el año anterior pasó de poco menos de 1 millón en 1996 a casi 11 millones en 2016¹⁴. En 2018 y 2019, entre las personas de 65 años o más en los Estados Unidos, la prevalencia del consumo de drogas ilícitas durante el año anterior fue de alrededor de la mitad o la tercera parte de la prevalencia de la mayoría de las drogas en el conjunto de la población (véase el cuadro 1).

15. Si se comparan las tasas de algunas drogas seleccionadas (aquellas en las que es posible realizar una comparación) de 2012 con las de 2019, resulta evidente el aumento de la prevalencia del consumo entre personas de 65 años o más. Entre 2012 y 2019, el consumo durante el año anterior entre personas mayores de 65 años aumentó tres veces o más respecto de la mayoría de las drogas; en el conjunto de la población, el aumento fue menor.

16. Por ejemplo, la prevalencia del consumo de cannabis durante el año anterior entre las personas de 65 años o más aumentó del 1,2 % en 2012 al 5,1 % en 2019, lo que supone una tasa de aumento del 325 %. En la población total, el aumento fue relativamente contenido, ya que pasó del 12,1 % en 2012 al 17,5 % en 2019, es decir, una tasa de aumento inferior al 50 %. El patrón es semejante en el caso del uso ilícito de otras drogas. El uso no médico o uso indebido de analgésicos durante el año anterior se duplicó (del 0,8 % en 2012 al 1,7 % en 2019) entre las personas de 65 años o más, mientras que entre la población total hubo una ligera disminución (del 4,8 % en 2012 al 3,5 % en 2019) (véase el cuadro 2).

17. Las nuevas estimaciones de la prevalencia del consumo de sustancias en la India¹⁵ y Nigeria¹⁶ muestran que en el grupo de edad de 45 a 64 años hay una considerable prevalencia del uso no médico de opioides farmacéuticos y jarabe para la tos. En Nigeria, las personas de 60 a 64 años de edad presentaban las tasas de

¹⁴Comiskey *et al.*, *Addiction Debates*.

¹⁵Atul Ambekar *et al.*, *Magnitude of Substance Use in India 2019* (Nueva Delhi, Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento, 2019).

¹⁶UNODC y Nigeria, "Drug use in Nigeria 2018: executive summary" (Viena, 2019).

¹²Comiskey *et al.*, *Addiction Debates*.

¹³I. Vogt, "Life situations and health of older drug addicts: a literature report", *Suchttherapie*, vol. 10, núm. 1 (2009), págs. 17 a 24.

Cuadro 1. Consumo de drogas ilícitas durante el año anterior entre las personas de 65 años o más y en la población total, Estados Unidos de América, 2018 y 2019

Tipo de droga	Consumo durante el año anterior (porcentaje) 2018		Consumo durante el año anterior (porcentaje) 2019	
	65 años o más	Población total	65 años o más	Población total
Cualquier droga ilícita	5,7	19,4	7,1	20,8
Cualquier droga ilícita distinta del cannabis	2,1	8,5	2,7	8,6
Cannabis	4,1	15,9	5,1	17,5
Opioides	0,4	1,1	0,5	1,1
Analgésicos (uso indebido)	1,3	3,6	1,7	3,5
Cocaína	0,1	2,0	0,2	2,0
Estimulantes	2,4	6,6	2,5	6,6
Alucinógenos	0,1	2,0	0,2	2,2
Metanfetamina	0,1	0,7	0,1	0,7

Fuente: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas, 2018 y 2019.

Cuadro 2. Consumo de determinadas drogas ilícitas durante el año anterior entre las personas de 65 años de edad o más y en la población total, Estados Unidos de América, 2012 a 2019

Tipo de droga	Consumo durante el año anterior (porcentaje) 2012		Consumo durante el año anterior (porcentaje) 2019	
	65 años o más	Población total	65 años o más	Población total
Cualquier droga ilícita	2,3	16,0	7,1	20,8
Cannabis	1,2	12,1	5,1	17,5
Analgésicos (uso no médico/ uso indebido)	0,8	4,8	1,7	3,5
Cocaína	0,0	1,8	0,2	2,0
Alucinógenos	0,1	1,7	0,2	2,2

Fuente: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas, 2012 y 2019.

prevalencia anual más elevadas en lo que respecta al uso no médico tanto de jarabes para la tos (3,7 %) como de tranquilizantes (1 %).

18. En la República Islámica del Irán, un estudio observó que los factores del entorno eran la razón más común para el consumo de drogas entre las personas de edad. Entre esos factores figuraban la facilidad de acceso a las drogas, la falta de instalaciones deportivas

y recreativas y el hecho de que los amigos también consumieran drogas¹⁷.

19. Un estudio sobre las consecuencias del uso indebido a largo plazo de ansiolíticos e hipnóticos por personas de

¹⁷Fatemeh Kazemi *et al.*, "Predisposing factors for substance abuse among elderly people referring to Qazvin addiction treatment centers, Iran 2017". *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, vol. 22, núm. 5 (2018).

edad ha puesto de relieve el riesgo de drogodependencia que se deriva del uso prolongado de benzodiazepinas por estas personas¹⁸. En el Japón, por ejemplo, una evaluación de las pautas de prescripción de agentes hipnóticos y ansiolíticos puso de manifiesto que la prescripción de esos medicamentos es desproporcionadamente alta entre los pacientes mayores¹⁹. El estudio también demostró que se solían recetar altas dosis de ansiolíticos e hipnóticos a los pacientes, en su mayoría personas de edad, que sufrían de trastornos del sueño o de ansiedad. También era común recetar a esos pacientes más de un medicamento que contuviera agentes hipnóticos y ansiolíticos.

20. En los Estados Unidos, las personas de 65 años o más constituyen más del 10 % de la población total; sin embargo, a ese grupo corresponde el 30 % de las recetas médicas. La prevalencia del uso de analgésicos, tranquilizantes, benzodiazepinas y sedantes durante el año anterior es mayor en ese grupo de edad que en el conjunto de la población (véase el cuadro 3). Además, en varias ocasiones se ha informado del uso excesivo y generalizado de medicamentos psicoactivos en el tratamiento de personas de edad que sufren demencia y que viven en residencias para mayores, viviendas asistidas o en sus propios hogares.

21. En el *Informe mundial sobre las drogas 2018* de la UNODC se señaló que en el período 2000–2015 se había triplicado el número de muertes por trastornos relacionados con el consumo de drogas entre las personas de

¹⁸N. N. Ivanets *et al.*, “The efficacy of psychopharmacotherapy of late onset depression: the optimization of treatment duration”, *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova (Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry)*, vol. 116, núm. 4 (enero de 2016).

¹⁹Takaaki Hirooka, “Excessive prescribing of hypnotic and anxiolytic drugs in Japan”, *Nihon Rinsho (Japanese Journal of Clinical Medicine)*, vol. 73, núm. 6 (junio de 2015), págs. 1049 a 1056.

50 años o más en el Pacífico occidental²⁰ y en las Américas. En los Estados Unidos, aunque las tasas de muerte por sobredosis de drogas aumentaron en el período 1999–2017 en todos los grupos de edad, en 2017 fueron considerablemente más altas en el grupo de edad de 25 a 64 años (31,4 por 100.000) que en el grupo de edad de 65 años o más (6,9 por 100.000). En cambio, de 1999 a 2017, el mayor cambio porcentual en las tasas de mortalidad por sobredosis de drogas se registró en los adultos de 55 a 64 años de edad: de 4,2 por 100.000 muertes en 1999 a 28,0 por 100.000 muertes en 2017²¹.

Dificultades experimentadas en la prevención, el tratamiento y la recuperación en los distintos ámbitos normativos

22. La falta general de datos sobre el consumo de sustancias entre las personas de edad²² se traduce en una falta de atención a esta cuestión cuando se formulan políticas y programas. Dado que el número de programas específicos es reducido y que apenas se recopilan datos científicos, es difícil determinar cuáles son las intervenciones y políticas que han dado resultados positivos en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación en cuanto al consumo de drogas en este grupo de personas.

²⁰Australia, Camboya, China, Filipinas, Japón, Malasia, Mongolia, Nueva Zelanda, República de Corea y Viet Nam, así como los países insulares del Pacífico.

²¹Holly Hedegaard, Arialdi M. Miniño y Margaret Warner, “Drug overdose deaths in the United States, 1999–2017”, *NCHS Data Brief*, num. 329 (Hyattsville (Maryland, Estados Unidos), Centro Nacional de Estadísticas de Salud, noviembre de 2018).

²²Para los fines del presente capítulo, se considera que las “personas de edad” o “personas mayores” son las que tienen 65 años o más.

Cuadro 3. Uso de medicamentos de venta con receta durante el año anterior entre las personas de 65 años de edad o más y en la población total, Estados Unidos de América, 2018 y 2019

Tipo de droga	Consumo durante el año anterior (porcentaje) 2018		Consumo durante el año anterior (porcentaje) 2019	
	65 años o más	Población total	65 años o más	Población total
Analgésicos	35,0	31,6	35,0	30,0
Tranquilizantes	21,4	16,9	20,1	16,0
Benzodiazepinas	13,0	11,2	12,6	10,7
Sedantes	9,1	6,1	8,3	5,7

Fuente: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas, 2018 y 2019.

23. En el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”²³, se mencionan brevemente los servicios y políticas apropiados para la edad y el género, pero no se hace hincapié en las necesidades específicas de las personas de edad.

24. Las personas de edad que usan las drogas indebidamente tienen características diferentes. En algunos estudios se establecen tres grandes grupos: *a)* mantenedores (mantienen los mismos hábitos de toda la vida); *b)* supervivientes (consumidores problemáticos a largo plazo); y *c)* reactivos (inicio a una edad posterior o intensificación de la pauta de consumo). En otros estudios se definen dos categorías distintas: *a)* consumo de inicio temprano; y *b)* consumo de inicio tardío. En la categoría de “inicio temprano” están las personas que tienen un largo historial de uso de sustancias y que siguen consumiendo mientras envejecen; en la de “inicio tardío”, las personas que adquieren este nuevo hábito a edad avanzada^{24, 25, 26}. La aparición del consumo de inicio tardío puede estar asociada a la prescripción de medicamentos para el alivio del dolor, que tienen potencial de uso indebido si se prescriben de forma inapropiada. El tratamiento de enfermedades crónicas en personas mayores es complejo, al igual que el tratamiento adecuado del dolor: muchas personas de edad señalan que no reciben de sus médicos un tratamiento adecuado para el dolor, lo que se debe a que su consumo de otras sustancias ha hecho aumentar su tolerancia a los analgésicos opioides²⁷. Además, a medida que las poblaciones mundiales envejecen, va en aumento la proporción de pacientes de mayor edad que se someten a intervenciones quirúrgicas y reciben medicaciones añadidas. Con todo, el uso de analgésicos para aliviar el dolor es parte indispensable de la atención de salud. Existen también otras dificultades: por ejemplo, casos en que las personas mayores carecen de seguro médico y pueden verse obligadas a obtener su medicación o sus analgésicos de fuentes ilícitas. La prescripción generalizada de benzodiazepinas entre las personas mayores y el consiguiente riesgo de uso excesivo ya han sido señalados anteriormente por la Junta, cuando exhortó a todos los Gobiernos a que se mantuvieran alerta ante las

consecuencias derivadas del mal uso y el uso excesivo de benzodiazepinas y los instó a que vigilasen de cerca los niveles de consumo de estas sustancias²⁸.

25. Es importante tener en cuenta estas clasificaciones de inicio temprano e inicio tardío del consumo en la elaboración de intervenciones y programas²⁹. Sin embargo, con independencia de la clasificación, el proceso de envejecimiento puede desencadenar problemas psicológicos, sociales o de salud que aumenten la probabilidad de consumo de sustancias y la susceptibilidad a este, lo que a su vez agrava otros problemas preexistentes.

26. Los proveedores de servicios y los profesionales sanitarios han de tener presente la posibilidad de que entre las personas de edad que consumen drogas haya trastornos de salud mental coexistentes o previos, como el deterioro cognitivo o la depresión, y cuadros físicos complejos, como la presencia de dolor, insomnio o el uso no médico de medicamentos de venta con o sin receta³⁰. Por ejemplo, un examen de trastornos por consumo de sustancias realizado en la India en 2015 puso de relieve el solapamiento entre el consumo de sustancias y las comorbilidades médicas³¹. En un estudio en el que se examinaban eventos farmacológicos adversos se subrayó la necesidad de que los médicos sepan qué suplementos dietéticos o hierbas medicinales puedan estar tomando sus pacientes, que tal vez no les faciliten esta información directamente, pero que pueden estar expuestos a interacciones farmacológicas. Esto es particularmente pertinente en el caso de las personas mayores, ya que la sensibilidad a los medicamentos puede aumentar con la edad³².

27. La polimedición, es decir, el uso de cinco o más medicamentos al día, ya sean de venta con o sin receta o sustancias ilícitas, supone un problema creciente entre las personas de edad de todo el mundo. Las consecuencias negativas en los aspectos médicos, asistenciales, sociales y económicos del uso inapropiado de medicamentos y la polimedición se han destacado en un estudio que examina su alcance a nivel mundial³³. En ese estudio se

²⁸E/INCB/2015/1, párr. 769.

²⁹Rahul Rao y Ann Roche, “Substance misuse in older people: baby boomers are the population at highest risk”, *British Medical Journal*, vol. 358 (2017).

³⁰*Ibid.*

³¹Siddharth Sarkar, Arpit Parmar y Biswadip Chatterjee, “Substance use disorders in the elderly: a review”, *Journal of Geriatric Mental Health*, vol. 2, núm. 2 (diciembre de 2015), págs. 74 a 82.

³²Paula A. Rochon, “Drug prescribing for older adults”, *UpToDate*, 8 de junio de 2020. Disponible en www.uptodate.com.

³³Doron Garfinkel, Birkan Ilhan y Gulistan Bahat, “Routine deprescription of chronic medications to combat polypharmacy”, *Therapeutic Advances in Drug Safety*, vol. 6, núm. 6 (diciembre de 2015), págs. 212 a 233.

²³Resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo.

²⁴Colin Atkinson, “Service responses for older high-risk drug users: a literature review”, *SCCJR Research Report*, núm. 6 (2016) (Glasgow, Scottish Centre for Crime and Justice Research, 2016).

²⁵Anne Marie Carew y Catherine Comiskey, “Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182 (2018), págs. 48 a 57.

²⁶Brenda Roe *et al.*, “Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications”, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, núm. 9 (septiembre de 2010), págs. 1968 a 1979.

²⁷Johnston *et al.*, “Responding to the needs of ageing drug users”.

comprobó que los intentos de diferentes países por mejorar los resultados clínicos y económicos del uso inapropiado de medicamentos y la polimedición incluían diversos programas clínicos, farmacológicos, informáticos y educativos. La conclusión a la que se llegó en el estudio fue que se necesitaban nuevos enfoques de la investigación, la educación y las directrices de práctica clínica que se apartaran por completo del “modelo de enfermedad única” y se basaran en principios paliativos, geriátricos y éticos. Esos nuevos enfoques podrían proporcionar nuevos instrumentos para tratar y reducir el uso inapropiado de medicamentos y la polimedición, y también pueden ser pertinentes cuando se examine el policonsumo de drogas.

28. Varios estudios y exámenes aportan algunas pruebas de los problemas que experimentan las personas de edad que consumen drogas en relación con la salud y las actividades comunitarias y sociales.

29. En lo que atañe a la salud, los principales problemas de las personas de edad que consumen drogas son los siguientes:

- a) mayor riesgo de muerte por enfermedad, sobredosis y suicidio^{34, 35, 36};
- b) menor mediana de edad al morir³⁷;
- c) desarrollo prematuro de trastornos degenerativos, afecciones cardiovasculares, enfermedades hepáticas, dolor físico, funciones físicas restringidas, problemas respiratorios y diabetes;
- d) mayor riesgo de infección por VIH y hepatitis C^{38, 39};
- e) exacerbación de otras enfermedades asociadas a la edad (esto está particularmente relacionado con el uso problemático de opioides)⁴⁰;

f) mayor riesgo de caídas, fracturas, lesiones y accidentes de tráfico como resultado de conducir vehículos con las facultades disminuidas^{41, 42};

g) mayor dificultad para realizar actividades de la vida diaria, como las de cuidado personal, mayor dolor físico, aumento de la incidencia de la depresión y dificultades en la vida cotidiana⁴³;

h) mayor riesgo de sobredosificación, sobredosis, confusión y síncope circulatorio⁴⁴;

i) mayor incidencia de problemas crónicos de salud mental^{45, 46}.

30. En cuanto a las actividades comunitarias y sociales, los principales problemas que sufren las personas mayores que consumen drogas son los siguientes:

- a) el estigma asociado a los problemas de consumo de sustancias puede dar lugar a un sentimiento de vergüenza que les impide solicitar ayuda, con lo que las familias y el personal sanitario no pueden detectar su necesidad de atención⁴⁷;
- b) mayor incidencia de problemas económicos, desempleo y sinhogarismo;
- c) contacto limitado con la familia y la comunidad, que conduce al aislamiento social, la soledad y la exclusión^{48, 49};
- d) mayor probabilidad de recibir tratamiento como resultado del contacto con el sistema de justicia penal que por acudir al sistema sanitario por iniciativa propia o por derivación de un profesional sanitario generalista;

⁴¹Marie-Claire van Hout *et al.*, *A Scoping Review of Codeine Use, Misuse and Dependence* (Bruselas, 2014).

⁴²Ana Diniz *et al.*, “Elderly substance abuse: an integrative review”. *Psicología: Teoría e Prática*, vol. 19, núm. 2 (2017), págs. 42 a 59.

⁴³Van Hout *et al.*, *A Scoping Review of Codeine Use, Misuse and Dependence*.

⁴⁴Diniz *et al.*, “Elderly substance abuse”.

⁴⁵Johnston *et al.*, “Responding to the needs of ageing drug users”.

⁴⁶Atkinson, “Service responses for older high-risk drug users”.

⁴⁷Carol S. D’Agostino *et al.*, “Community interventions for older adults with comorbid substance abuse: the Geriatric Addictions Program (GAP)”, *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 2, núm. 3 (2006), págs. 31 a 45.

⁴⁸Atkinson, “Service responses for older high-risk drug users”.

⁴⁹April Shaw y Austin Smith, “Senior drug dependents and care structures: Scotland—qualitative report” (Glasgow, Scottish Drugs Forum, 2010).

³⁴Johnston *et al.*, “Responding to the needs of ageing drug users”.

³⁵Atkinson, “Service responses for older high-risk drug users”.

³⁶Sarah Larney *et al.*, “Defining populations and injecting parameters among people who inject drugs: implications for the assessment of hepatitis C treatment programs”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, núm. 10 (octubre de 2015), págs. 950 a 957.

³⁷Stephanie Yarnell *et al.*, “Substance use disorders in later life: a review and synthesis of the literature of an emerging public health concern”, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 28, núm. 2 (febrero de 2020), págs. 226 a 236.

³⁸Johnston *et al.*, “Responding to the needs of ageing drug users”.

³⁹Atkinson, “Service responses for older high-risk drug users”.

⁴⁰*Ageing Cohort of Drug Users*.

e) temor a enfrentarse a una actitud crítica por parte de los profesionales de los servicios de tratamiento de drogodependencias.

31. Un examen de los datos epidemiológicos y de las pruebas antes expuestas pone de relieve tres aspectos que es necesario tratar en relación con el consumo de drogas entre las personas de edad: *a)* la investigación y la recopilación de datos; *b)* la lucha contra el estigma; y *c)* la necesidad de una atención integrada, holística y apropiada para la edad.

Investigación y recopilación de datos

32. Cuando se examinan los problemas del consumo de drogas entre las personas de edad, la falta de datos es uno de los principales problemas a que se enfrentan los países. La falta de seguimiento y de información hace que el consumo de drogas entre las personas de edad a menudo quede sin diagnosticar; esta es la razón de que el fenómeno se califique de epidemia oculta. Mejorar la medición y el seguimiento de la salud y el bienestar de las personas de edad es una necesidad en general, pero en el caso de las que consumen drogas es imperioso. Si bien siempre caben mejoras en el seguimiento, también es cierto que los sistemas de seguimiento existentes no se utilizan adecuadamente. Por ejemplo, los datos sobre la demanda de tratamiento contenidos en los sistemas de vigilancia existentes podrían utilizarse para mejorar la información sobre las personas de edad que consumen drogas.

33. **Se recomienda ampliar el rango de edad de la población objeto de los estudios epidemiológicos.** También es necesario incorporar innovaciones y sacar partido de los sistemas de inteligencia de datos al hacer frente a los nuevos desafíos mundiales en materia de consumo de sustancias. **Por consiguiente, se recomienda también que los encargados de formular políticas y los proveedores de servicios estudien la posibilidad de utilizar tecnologías sanitarias asistenciales innovadoras o de aprovechar las tecnologías existentes o formas novedosas de coordinar el tratamiento y el apoyo de las personas de edad que consumen drogas, así como seguir de cerca los resultados correspondientes.**

34. Por ejemplo, los sistemas de comunicación a distancia pueden utilizarse para dar acceso a la telemedicina a las personas mayores de las comunidades rurales y para facilitar las consultas y el seguimiento en línea por personal sanitario de servicios relacionados con el consumo de sustancias. Otro ejemplo de la utilización de sistemas de comunicación a distancia con este fin podría ser la

adaptación de las tecnologías telefónicas o de telefonía móvil existentes que se utilizan actualmente para el cuidado y el seguimiento de las personas de edad en su hogar o en el de sus familiares. El desarrollo de las tecnologías de comunicación a distancia es fundamental para apoyar a quienes cuidan a un familiar de edad.

35. Se ha puesto de relieve, asimismo, la necesidad de mejorar la evaluación y el seguimiento del uso de medicamentos de venta con receta⁵⁰. La elaboración y utilización de un sistema de vigilancia de la prescripción puede reducir, no solo en general sino también entre las personas de edad en particular, las recetas múltiples, la obtención de medicamentos de venta bajo receta de varias fuentes distintas y las visitas a los servicios de urgencias. Además, es importante mejorar los instrumentos de diagnóstico y evaluación que puedan utilizarse en una población de personas de edad que consuman drogas^{51,52}.

36. Una prioridad clara es el desarrollo de sistemas de vigilancia que permitan medir la naturaleza y el alcance del consumo de drogas, incluido el uso indebido de medicamentos de venta con y sin receta, entre las personas de edad. **Así pues, la Junta recomienda que los Gobiernos establezcan sistemas de vigilancia de las prescripciones o, si estos ya existen, los amplíen y mejoren. Cuando ya existan sistemas de vigilancia del consumo de drogas ilícitas, se recomienda eliminar el límite superior de edad común y artificial de los 65 años y que la vigilancia se extienda a los medicamentos de venta con y sin receta.**

37. También se recomienda aprovechar el poder e incrementar el valor de los recursos existentes, como los conjuntos de datos, las evaluaciones y la vigilancia, y las oportunidades derivadas de las innovaciones y tecnologías nuevas, inteligentes y emergentes. **En cuanto al incremento de valor de los datos existentes, se recomienda realizar análisis e investigaciones en relación con los sistemas nacionales de registros sanitarios pertinentes sobre las personas de edad, a fin de obtener estimaciones preliminares de la escala que tiene la prevalencia oculta del consumo de drogas sin diagnosticar, incluido el uso indebido de medicaciones con receta, y de las comorbilidades asociadas en este grupo de edad.** Este proceso debería repetirse periódicamente. Entre los sistemas de registro apropiados podrían figurar los sistemas de los servicios de urgencias de los hospitales, los

⁵⁰Rachel D. Maree *et al.*, "A systematic review of opioid and benzodiazepine misuse in older adults", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, núm. 11 (noviembre de 2016), págs. 949 a 963.

⁵¹Ilana Crome, "Substance misuse in the older person: setting higher standards", *Clinical Medicine*, vol. 13, núm. 6 (diciembre de 2013), págs. s46 a s49.

⁵²Diniz *et al.*, "Elderly substance abuse".

sistemas de registro de pacientes hospitalizados o ambulatorios, los sistemas de medicamentos o farmacia, los sistemas de los médicos generalistas, los sistemas de seguros de salud y los sistemas de registro de accidentes de tráfico. Cuando existan múltiples sistemas de datos, tal vez se pueda recurrir a métodos más avanzados de análisis de datos, como las técnicas de captura-recaptura, con el fin de obtener estimaciones de la prevalencia oculta a nivel subnacional.

Lucha contra el estigma

38. El carácter mundial y los problemas del consumo de sustancias se han tratado al más alto nivel de política internacional. Así, el trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en 2016, se dedicó a examinar y contrarrestar el problema mundial de las drogas. En el documento final de ese período de sesiones, los Estados Miembros reconocieron que la drogodependencia es un trastorno de la salud complejo en el que intervienen múltiples factores, que se caracteriza por su naturaleza crónica y recurrente con causas y consecuencias sociales y que se puede prevenir y tratar, por ejemplo, mediante programas de tratamiento, atención y rehabilitación eficaces basados en datos científicos. Ese reconocimiento del uso indebido de sustancias como problema de salud de escala mundial es importante a la hora de combatir el estigma.

39. Las personas de edad que consumen drogas tienen más probabilidades de sufrir el estigma, la exclusión social y el aislamiento de la familia y los amigos. Esta situación se observó en un estudio de personas mayores realizado en Alemania, Austria, Polonia y Escocia (Reino Unido)⁵³. En el estudio se determinó que las repercusiones del estigma en las personas de edad que consumen drogas pueden ser profundas y constituir un obstáculo importante para el tratamiento y la recuperación. Hay diversas medidas de promoción y respuestas prácticas para hacer frente al estigma, como cuestionar el lenguaje y los estereotipos en los medios de comunicación, lograr la colaboración de personalidades conocidas para que den a conocer sus experiencias personales, mejorar la capacitación del personal no especializado y facilitar un mayor contacto entre las personas que consumen drogas y las que no⁵⁴.

40. La Coalición Canadiense para la Salud Mental de las Personas de Edad ha elaborado directrices para el

⁵³ Shaw y Smith, "Senior drug dependents and care structures".

⁵⁴ Charlie Lloyd, "The stigmatization of problem drug users: a narrative literature review", *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, vol. 20, núm. 2 (2013), págs. 85 a 95.

tratamiento del consumo de cannabis, opiáceos y benzodiazepinas en las poblaciones de edad avanzada⁵⁵. Una conclusión común fue el reconocimiento de que el estigma social y el deterioro cognitivo de las personas pueden influir en la insuficiente detección del consumo de sustancias entre las personas de edad. Teniendo en cuenta la calidad de las pruebas, el costo y la viabilidad, se elaboró un conjunto de recomendaciones; una de las fundamentales era garantizar que las actividades de detección no tuvieran un carácter moralizante ni estigmatizante. En un examen del consumo de sustancias entre personas de edad, se determinaron también la falta de reconocimiento cabal del problema y la función del deterioro cognitivo y el estigma en los casos que quedaban sin diagnosticar⁵⁶. La cuestión del estigma en relación con el consumo de drogas en general también fue reconocida por la Comisión de Estupefacientes en su resolución 61/11, titulada "Promover actitudes no estigmatizantes para asegurar la disponibilidad y la prestación de servicios de salud y atención y servicios sociales para los consumidores de drogas y el acceso a esos servicios".

41. **Se recomienda utilizar las estrategias existentes de prevención con base empírica para evitar la estigmatización de las personas de edad que consumen drogas. También se recomienda hacer participar a las personas de edad en la elaboración de mensajes para combatir el estigma en el nivel comunitario y en las actividades de formación para el desarrollo profesional del personal que presta servicios de prevención tanto universales como específicos. Se recomienda además que los programas de formación en materia de lucha contra el estigma sean supervisados y evaluados de manera continua para velar por que se mantengan actualizados y sigan siendo idóneos.**

42. En particular, se recomienda que las personas de edad que consumen drogas sean consultadas y reciban apoyo en la creación de mensajes contra el estigma que vayan a difundirse en la comunidad, así como en la elaboración del material que vaya a incorporarse en la formación profesional continua del personal que trabaja en los servicios pertinentes.

⁵⁵ Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, "Guidelines on opiate use disorder among older adults" (Toronto, 2019); y Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, "Canadian guidelines on cannabis use disorder among older adults" (Toronto, 2019).

⁵⁶ Alexis Kuerbis *et al.*, "Substance abuse among older adults", *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 30, núm. 3 (junio de 2014), págs. 629 a 654.

Necesidad de una atención integrada, holística y apropiada para la edad

43. Más allá del problema del estigma como barrera para el reconocimiento del problema del consumo de drogas, **se recomienda que los Gobiernos pongan en marcha respuestas eficaces en forma de servicios para las personas de edad que consumen drogas.** Esas respuestas deben incluir el tratamiento simultáneo de múltiples aspectos, como son la salud física, la salud mental y la drogodependencia. También se debe ofrecer un apoyo personal continuo. Se necesita una continuidad asistencial sin interrupciones para velar por que las personas de edad que sufren un trastorno por consumo de sustancias reciban el debido apoyo desde la detección hasta la recuperación. La *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*⁵⁷ también aborda la atención integrada. En los planes de atención integrada se destaca que los servicios de atención a largo plazo deben orientarse en torno a la capacidad funcional y el bienestar de las personas de edad. En la Estrategia se especifica que esto puede lograrse mediante una atención que integre a muchas profesiones y situaciones, así como mediante servicios dirigidos a trastornos concretos y medidas asistenciales específicas. Se citan como ejemplos los servicios de atención de la demencia y los cuidados paliativos, pero las recomendaciones son pertinentes para los servicios de drogodependencia y salud mental. La International Association for Hospice and Palliative Care también ha reiterado la necesidad de capacitación y de acceso a medicamentos esenciales sometidos a fiscalización internacional en lo que respecta al tratamiento del dolor agudo, los trastornos de salud mental, los trastornos por consumo de sustancias y los cuidados paliativos al final de la vida. Ha destacado la necesidad de combatir el edadismo, el derecho al alivio del dolor como parte de los cuidados paliativos, la importancia del acceso mundial a los medicamentos esenciales y la falta de capacitación de los profesionales sanitarios en estos aspectos.

44. En un estudio⁵⁸ en el que se comparaban los efectos de los servicios de salud mental y atención al consumo de sustancias cuando estos están integrados en la atención primaria con los efectos de esos servicios cuando se recurre a una derivación mejorada a proveedores externos se observó que, aunque no había diferencias entre ambos modelos de atención en cuanto al resultado clínico, el acceso a los servicios de salud mental y atención al consumo de sustancias y la participación en estos eran considerablemente mejores en el modelo

de atención integrada. Estas observaciones pueden servir para hacer frente al uso indebido de benzodiazepinas y opioides entre personas de edad en los entornos de atención primaria.

45. El Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido, en su guía de información sobre el consumo de sustancias en las personas de edad, reconoce que es habitual que las personas sean evaluadas y tratadas en el marco de distintos servicios, tanto en paralelo como en forma secuencial. Para garantizar una derivación de casos adecuada y mejorar la calidad de la atención y de los resultados, es importante trabajar dentro de un modelo de atención coordinada en el que haya un servicio principal con un coordinador definido⁵⁹.

46. En los Estados Unidos se creó el Programa sobre Adicciones Geriátricas para atender las necesidades de las personas mayores con distintos problemas relacionados con la drogodependencia y la salud en general. La mayoría de los pacientes fueron derivados al programa por problemas con el alcohol, pero en torno al 15 % presentaba simultáneamente problemas relacionados con las drogas. Se trataba de un programa de intervención de base comunitaria centrado en la prestación de servicios de intervención, evaluación y vinculación en materia de consumo de sustancias para personas mayores desde sus propios hogares. A pesar de que los datos del programa apuntaban a resultados positivos, el programa no se ha aplicado en otros lugares de manera generalizada⁶⁰.

47. En general, las investigaciones han demostrado que las personas de edad que necesitan asistencia no solo prefieren que se las atienda en su propio domicilio antes que en instituciones oficiales o en residencias para mayores, sino que también prefieren ser atendidas por cuidadores informales o familiares en lugar de por profesionales y cuidadores institucionales. Ciertamente son muchas las culturas y sociedades donde la norma es que las personas mayores vivan con sus hijos adultos o con hermanos más jóvenes y sean cuidados por ellos⁶¹.

48. Según las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas* de la UNODC y la OMS, las actividades de extensión a domicilio son las que se realizan en los hogares de las poblaciones

⁵⁷OMS (Ginebra, 2017).

⁵⁸Maree *et al.*, "A systematic review of opioid and benzodiazepine misuse in older adults".

⁵⁹Rahul Rao y Amit Arora, *Substance misuse in older people: an information guide*, Faculty Report, núm. OA/AP/01 (Londres, Real Colegio de Psiquiatras, 2015).

⁶⁰D'Agostino *et al.*, "Community interventions for older adults with comorbid substance abuse".

⁶¹Catherine M. Comiskey *et al.*, "The BREATHE Project, a mobile application, video-monitoring system in family homes as an aid to the caring role: needs, acceptability and concerns of informal carers", *Digital Health*, vol. 4 (2018), págs. 1 a 8.

beneficiarias⁶². Estas actividades son importantes en las zonas donde las personas que consumen drogas están aisladas de sus comunidades a causa del estigma y la discriminación. Las actividades de extensión a domicilio implican visitas regulares a los hogares de las personas que consumen drogas o de los familiares que los cuidan. Los programas de tratamiento de trastornos por consumo de drogas que incluyen actividades de extensión a domicilio y atención integrada, y que están específicamente dirigidas a personas mayores que viven en su propia casa o en casa de familiares que los cuidan, ofrecen la posibilidad de ahorrar muchos recursos y de reducir sufrimientos innecesarios y la carga que suponen los cuidados para los familiares y allegados.

49. Las actividades de extensión móviles se realizan en lugares donde las personas ya tienen acceso a algunos servicios o en los que es muy probable que se encuentren poblaciones destinatarias (por ejemplo, albergues para personas mayores sin hogar o viviendas sociales). En lugar de centrarse en personas individuales, las actividades de extensión móviles se centran en organizaciones y entornos en los que se pueden encontrar las poblaciones destinatarias. Hacen hincapié en aumentar el número de personas a las que llegan mensajes de educación sanitaria, así como en la capacitación de más trabajadores y profesionales para que realicen una labor de educación y divulgación entre sus pacientes y usuarios.

50. La necesidad de una visión holística más amplia del tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos del uso de sustancias refleja la evolución de los conceptos relativos a la recuperación en los servicios de salud mental, como también los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que adopta una categorización amplia de las personas con discapacidad. De conformidad con el artículo 4 de esa Convención, los Estados partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Con independencia de la edad de la persona o del balance de costos y beneficios económicos que ello tenga para la sociedad, recibir tratamiento apropiado para la dependencia del consumo de sustancias es un derecho humano básico e igual para personas tanto jóvenes como

mayores. Como se ha demostrado en estudios realizados en todo el mundo, las necesidades de las personas de edad que consumen drogas son a la vez singulares y complejas, por lo que es imperioso elaborar un modelo flexible y adaptable que permita lograr una continuidad asistencial integrada y coordinada. Es importante aplicar políticas y prácticas para trabajar por la creación de un sistema de atención integrada para las personas de edad que consumen drogas.

51. En la definición de atención integrada está implícita la idea de que la atención debe centrarse en las necesidades de las personas, sus familias y comunidades. Es necesario contar con un liderazgo transversal claro, la orientación de expertos y una dirección que vaya más allá de las prioridades de un solo ámbito normativo y que sitúe a la persona de edad en el centro de la solución. **En cuanto a la participación, ya sea en las políticas sanitarias o en la política social y de seguridad más amplia, se recomienda incluir a las personas de edad que consumen o han consumido drogas en el proceso de elaboración de la política de atención integrada.**

52. **En lo que respecta a la garantía del acceso a un proceso asistencial continuo para las personas de edad que consumen drogas, se recomienda ampliar o desarrollar los servicios de extensión existentes para las personas que consumen drogas con el fin de incluir servicios tanto domiciliarios como móviles, y que esos servicios de extensión se utilicen como puerta de entrada o punto de partida en un proceso asistencial continuo e integrado para las personas de edad que consumen drogas y que se encuentran más marginadas.**

53. Históricamente, las personas mayores tienen menos probabilidades de ser sometidas a pruebas de detección del uso de sustancias que las personas de otros grupos de edad y son varios los factores que inhiben la detección y posterior identificación del uso de drogas entre ellas. Entre esos factores cabe señalar la posible incomodidad del médico al evaluar la drogodependencia, las semejanzas entre los síntomas del uso de sustancias con otras enfermedades comunes a edades avanzadas, y la percepción común entre las personas mayores de que los síntomas derivados del consumo de drogas son parte del envejecimiento normal y no resultado del consumo de sustancias en sí. Además, en algunos contextos culturales y sociales, el consumo de drogas puede considerarse como un último placer o indulgencia del que se deja disfrutar a las personas mayores.

54. **Se recomienda proceder al examen y la evaluación de las personas de edad a fin de detectar el consumo de drogas, así como introducir mejoras en esos**

⁶²UNODC y OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Revised Edition Incorporating Results of Field-Testing* (Ginebra y Viena, 2020).

procesos de examen y evaluación. Se recomienda además que en los instrumentos de examen y evaluación existentes y los programas de base empírica que actualmente se utilizan con las personas de edad que consumen drogas se incorporen las adaptaciones culturales necesarias para personas de edad de diversas sociedades y distintos entornos.

55. En consonancia con las mejores prácticas y las prioridades de la OMS en relación con el envejecimiento, se recomienda establecer un sistema de atención integrada para las personas de edad que consumen drogas. En los servicios de apoyo a las personas de edad distintos de los de tratamiento del consumo de drogas, es necesario que se conozca y se informe sobre las posibilidades de consumo de sustancias por parte de los pacientes, las repercusiones que ello pueda tener y la forma de mitigarlas. Además, es necesario que se conozcan mejor las vías de derivación de pacientes a los servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. La labor encaminada a establecer un sistema de atención integrada permitirá que las personas de edad que consumen drogas reciban una atención continua cuando y donde la necesiten, desde el proveedor de atención primaria que revisa la medicación hasta un posible tratamiento de comorbilidades existentes o futuras relacionadas con el consumo de drogas o con la edad. En el plano individual, habrá que elaborar para ello documentos de orientación y vías asistenciales para los proveedores de atención primaria y los médicos generales, así como guías orientativas y protocolos de atención compartida para los sistemas de atención. Esos protocolos deben describir a grandes rasgos las funciones y responsabilidades del personal de las organizaciones y servir como medio de relación interinstitucional y de derivación de casos entre los servicios especializados y de recuperación, por una parte, y los servicios de atención sanitaria y de asistencia social, por otra.

56. Se recomienda que los países involucren a las personas de edad que consumen drogas en el desarrollo de los servicios. Escuchar las opiniones de los usuarios de los servicios y actuar en consecuencia son partes fundamentales de la planificación y la prestación de servicios de salud para todos los ciudadanos.

57. Habida cuenta del compromiso contraído por los Estados Miembros en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de prestar servicios adecuados a la edad y al género, se recomienda que toda política que se elabore para las personas de edad que consumen drogas se asiente en los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad, establecidos en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas

de Edad⁶³, y que se formule utilizando como base el marco de política *Active ageing: A Policy Framework*⁶⁴ y la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*.

Avanzando hacia el futuro

58. En 2020, una pandemia inesperada y sin precedentes barrió el mundo entero, sin conocer fronteras ni otros límites. La pandemia de COVID-19 está teniendo enormes repercusiones para la población mundial, pero son las personas de edad las que afrontan las mayores amenazas y los problemas más graves en este momento. Aunque las personas de todos los grupos de edad están expuestas a contraer la COVID-19, las personas mayores corren un riesgo importante de presentar cuadros graves de la enfermedad a causa de los cambios fisiológicos que conlleva el envejecimiento y de los posibles trastornos de salud subyacentes. Un grupo particularmente vulnerable es el de las personas de edad que consumen drogas, por lo que, a medida que la pandemia avanza, los países deben velar por que esas personas reciban un apoyo sanitario y social específico y adecuado que les permita sobrevivir a la pandemia y, al mismo tiempo, sirva para prevenir el consumo de drogas y las consecuencias conexas.

59. Las necesidades de las personas de edad que consumen drogas no son solamente individuales: son también familiares, comunitarias y de los sistemas y servicios. Las necesidades sanitarias pueden ser complejas para todas las personas de edad y más aún para las que consumen sustancias, en particular si esas sustancias fueron inicialmente prescritas por profesionales sanitarios o si el uso de la sustancia es una afección crónica recurrente, que puede ir desde el uso inapropiado del alcohol hasta el uso indebido de analgésicos opiáceos y otros. Otras necesidades pueden estar relacionadas con el temor al maltrato de los ancianos; el aislamiento de la familia y la pérdida de amigos; el miedo a la estigmatización; el temor a entrar en contacto con el sistema judicial; y el miedo a la pobreza y a la falta de hogar.

60. Con todo, existen principios rectores, políticas y buenas prácticas que permiten enfrentar precisamente estas cuestiones. Cuando se ocupen de las necesidades de las personas de edad que consumen drogas, los países, las comunidades y los encargados de la formulación de políticas deben alejarse del modelo basado en las carencias y adoptar modelos basados en la participación ciudadana, la atención holística integrada y la creación conjunta de

⁶³Resolución 46/91 de la Asamblea General.

⁶⁴OMS (Ginebra, 2002).

un desarrollo profesional y comunitario continuo para hacer frente al estigma a nivel individual, familiar y de los servicios.

61. En todo el mundo, las personas de edad que consumen drogas se enfrentan a problemas de salud, seguridad y participación nunca antes experimentados a escala mundial. **La Junta desea instar a los Estados Miembros**

a que adopten medidas para hacer frente de manera integral al desafío combinado del uso de sustancias y el envejecimiento, y a que se sirvan de las pruebas científicas disponibles y las recomendaciones contenidas en el presente informe (véase el capítulo IV) para subsanar las carencias del pasado y avanzar hacia un futuro más positivo para uno de los grupos más marginados de la sociedad: las personas de edad que consumen drogas.