

Artículo Original/ Original Article

<http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2022.020.01.73>

Uso y abuso de sustancias en adultos mayores atendidos en Servicios de Salud Mental

*Aldo Pacheco Ferreira¹ , Cíntia da Silva Telles Nichele¹ , Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth² , Eduardo Dias Wermelinger² 

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro (RJ), Brasil

²Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul (RS), Brasil

Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article:

Pacheco Ferreira A, Telles Nichele C, Dezordi Wermuth MA, Dias Wermelinger E. Uso y abuso de sustancias en adultos mayores atendidos en Servicios de Salud Mental. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2022; 20(1): 73-84

RESUMEN

El uso de drogas por los ancianos se caracteriza por ser un grave problema de salud pública. El número de usuarios de mayor edad ha aumentado a nivel internacional durante los últimos 40 años, pero el tema sigue siendo descuidado. Este estudio se centra en pacientes ancianos con síntomas de enfermedades mentales concomitantes. Así, se investigó el tiempo de uso, patrones de consumo de sustancias de abuso y el perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos en los Centros de Atención Psicosocial por Alcohol y Drogas (CAPS-AD), ubicados en la ciudad de Río de Janeiro. Se trata de un estudio observacional descriptivo con un diseño cuantitativo transversal sobre la frecuencia de abuso de sustancias en la población mencionada. Las prevalencias obtenidas en este estudio son inferiores a las encontradas en la población general y a las reportadas en estudios internacionales. Esta diferencia puede estar relacionada con las características socioculturales de la muestra y el hecho de que los pacientes ya están en contacto con un servicio de salud mental, lo que puede indicar la importancia del contacto regular con los servicios de salud como factor protector y espacio de ayuda.

Palabras clave: ASSIST, sustancias psicoactivas, prevención, adultos mayores, salud pública.

Use and abuse of substances in older adults treated in Mental Health Services

ABSTRACT

The use of drugs by the elderly is characterized for being a serious public health problem. The number of older users has increased internationally over the past 40 years, but the problem remains neglected. This study focuses on elderly patients with symptoms of concomitant mental illness. Thus, the time of use, patterns of consumption of abuse substances and the sociodemographic profile of the patients attended in the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (CAPS-AD), located in the city of Rio de Janeiro, were investigated. This was a descriptive observational study with a cross-sectional quantitative design on the frequency of use of psychoactive substances in the aforementioned population. The prevalence obtained in this study is lower than those found in the general population and those reported in international studies. This difference may be related to the socio-cultural

Fecha de recepción: enero 2022. Fecha de aceptación: febrero 2022

*Autor correspondiente: Aldo Pacheco Ferreira. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Email: aldopachecoferreira@gmail.com



characteristics of the sample and the fact that patients were already in contact with a mental health service, which may indicate the importance of regular contact with health services as a protective factor and space for help.

Keywords: ASSIST, psychotropic drugs, prevention, elderly, public health.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno global a gran escala, que tiene lugar principalmente en los países más desarrollados. A este tenor, hemos pasado una transición demográfica y epidemiológica, que incluye un aumento en la esperanza de vida de la población y, en consecuencia, en el número de adultos mayores. Esto es consecuencia de la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad que se ha producido en las últimas décadas⁽¹⁾.

Este cambio en el perfil demográfico trae nuevos desafíos para la salud pública, no solo por las crecientes demandas, sino también por la forma en que han cambiado los patrones de comportamiento de las generaciones⁽²⁾.

Además, el uso de sustancias de abuso por los adultos mayores, asociado a la aceleración de la ocurrencia de condiciones crónicas en este grupo de edad, se caracteriza como un grave problema de salud pública, generando un alto costo social y sanitario, así como una pesada carga económica para contribuyentes y agencias gubernamentales^(3,4).

Aunque generalmente se asocia con los jóvenes, el uso problemático de drogas no tiene límites de edad y es un tema desatendido entre las personas mayores^(5,6). La suposición de que los consumidores de drogas "maduran" en el consumo de drogas ha resultado incorrecta. En realidad, el número de consumidores de drogas de mayor edad ha aumentado a nivel internacional durante los últimos 40 años y los consumidores de drogas de mayor edad tienen un perfil único, diferente de sus contrapartes más jóvenes⁽⁷⁾.

Definir "anciano" entre los usuarios de sustancias psicoactivas es una tarea desafiante⁽⁸⁾, ya que no existe una definición exacta y existen variaciones en la comprensión de los términos "anciano" y "vejez" incluso en la población general⁽⁴⁾. Sin embargo, cuando se trata de la dependencia de sustancias de abuso, el punto de corte para las personas mayores suele ser mucho más bajo. En algunos casos es tan bajo como 35 años; algunos estudios han utilizado 40 años⁽⁴⁾, y otros han utilizado 50 años o más^(9,10). El uso de la edad de 40 años como punto de corte puede deberse al hecho de que las personas de esa edad generalmente tienen una larga carrera de uso problemático de drogas, lo que puede exacerbar o acelerar las afecciones asociadas con la edad, lo que lleva a un metabolismo temprano propio y complicaciones como arteriosclerosis y enfermedades cardiopulmonares.

Con énfasis, en esta población, se estima que el proceso de envejecimiento se acelerará al menos en 15 años⁽⁴⁾. Los estudios que adoptan la edad de 50 años asumen que esta no es una vejez crónica, pero la consideran como tal porque los pacientes ancianos dependientes de sustancias tienen niveles más altos de morbilidad médica en comparación con los más jóvenes⁽⁹⁾. En Brasil, se caracteriza la población anciana ≥ 60 años.

Gossop y Moos⁽¹¹⁾ señalan que los consumidores adultos mayores de sustancias de abuso pueden clasificarse en dos categorías: "sobrevivientes", es decir, personas que comenzaron en la juventud y que tienen una larga historia de consumo, o "reactivos", que son aquellos que empezaron a consumir drogas tarde, probablemente debido a problemas experimentados a lo largo de la vida. Independientemente de esta clasificación, el proceso de envejecimiento puede desencadenar problemas psicológicos, sociales y de salud que aumentan la probabilidad y susceptibilidad a drogas⁽¹²⁾. Factores de riesgo como el déficit de recursos personales (baja cualificación laboral, poca inteligencia emocional, poca fe en las propias posibilidades, bajo autoconcepto y sentimiento de incapacidad para gestionar la propia vida), así como la progresiva ruptura de los lazos sociales (familia, el trabajo y la amistad) contribuyen a incrementar el deterioro psíquico crónico, reforzando la necesidad de brindar un alto nivel de atención específica en salud⁽¹³⁾.

La proporción de adultos mayores en la población está aumentando, al igual que la proporción de consumidores de drogas que envejecen⁽¹⁴⁾. Es probable que los consumidores de drogas que envejecen experimenten un proceso de envejecimiento acelerado y tengan necesidades complejas debido a los efectos acumulados en la salud del uso de drogas⁽¹⁵⁾. Las tendencias internacionales demuestran que un gran número de consumidores de opioides viven más tiempo. Es probable que esto se deba a una serie de factores: (i) cambios demográficos y aumento de la esperanza de vida en la población general, (ii) cohortes que envejecen durante el *baby boom* y después del *baby boom* (grupo de 50 años o más) que experimentaron niveles crecientes disponibilidad de drogas a lo largo del tiempo junto con tasas más altas de uso de drogas ilícitas durante la juventud, (iii) avances en el acceso a la atención médica y un mejor acceso a los servicios de atención médica, reducción de daños y tratamiento de drogas que conducen a una mayor longevidad entre los consumidores de drogas^(4,6,10,16-19).

El riesgo de desarrollar síntomas de enfermedad mental como resultado del uso indebido de sustancias de abuso y viceversa ha sido el tema de una investigación extensa y no concluyente. Lowe, et al.⁽²⁰⁾ se encuentran entre los muchos investigadores que realizaron pesquisas para observar específicamente si el consumo de sustancias de abuso conduce a peores resultados en personas con trastornos psicóticos (como la esquizofrenia). Hallan que solo unos pocos de estos estudios se ajustaron por factores que se sabe que influyen en los resultados de salud mental, como el abuso de otras sustancias^(21,22) y las características sociodemográficas⁽²³⁾. De hecho, aunque el uso indebido de drogas se asocia con un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales, también hay evidencia de un mayor uso de estas después de la aparición de la psicosis⁽²⁴⁻²⁶⁾. Esta es una de las principales razones por las que la relación entre el uso de sustancias y los trastornos de salud mental es compleja, pero deja clara la relación entre las dos variables.

En general, las personas con trastornos de salud mental y por uso de sustancias de abuso (diagnóstico dual), son más propensas a ser hombres, tener antecedentes familiares de uso sistemático y ser más jóvenes que sus contrapartes que no usan drogas, con la posible excepción de los que abusan del alcohol^(27,28).

Datos de investigaciones considerables documentan las consecuencias negativas para las personas con diagnóstico dual, que incluyen mayores tasas de recaída, percepción distorsionada, ideación suicida, social, falta de vivienda, agresión, lesiones y otras condiciones físicas^(29,30). Esos pacientes son especialmente vulnerables, ya que su trastorno por sustancias puede desestabilizar su enfermedad, exacerbar la alienación social y aumentar su potencial de arrebatos violentos⁽³¹⁾. Además, los amigos y familiares que viven con cuidados o que permanecen en contacto con personas que tienen un diagnóstico dual también experimentarán angustia, tensión y conflicto dentro de estas relaciones⁽²⁹⁾.

La violencia se configura como un dispositivo de control abierto y continuo, es decir, la relación social caracterizada por el uso real o virtual de la coerción, que impide el reconocimiento del otro, persona, clase, género o raza, mediante el uso de la fuerza o de coerción, provocando algún tipo de daño⁽³²⁾.

Este estudio se centra en pacientes ancianos con síntomas de enfermedades mentales concomitantes. Así, se investigó el tiempo de uso, patrones de consumo de sustancias de abuso y el perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos en los Centros de Atención Psicosocial por Alcohol y Drogas (CAPS-AD), a saber: CAPSad II Júlio César de Carvalho, CAPSad III Raul Seixas, CAPSad III Paulo Portela, CAPSad III Antônio Carlos Mussum/UAA Cacildis, ubicados en la ciudad de Río de Janeiro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, cuyo público objetivo fueron los consumidores de sustancias de abuso atendidos en los CAPS-AD, con localización en el Municipio de Río de Janeiro, que nacieron hasta el 31 de diciembre de 1960 y que buscaron asistencia hasta septiembre de 2021. Cuando se trata de un estudio observacional con un diseño transversal, se analiza a los individuos en un mismo momento histórico, así como el factor y efecto de la

exposición, identificando la existencia de asociaciones entre exposición y enfermedad⁽³³⁾. También está la inferencia, que es el conjunto de técnicas, basadas en la teoría de la probabilidad, que permiten la construcción de proposiciones probabilísticas sobre la población, a partir de la observación de algunos de sus elementos muestrales⁽³⁴⁾. Los criterios de inclusión se establecieron teniendo en cuenta: i) pacientes mayores de 60 años; ii) que tuvo al menos una asistencia por abuso de drogas ilícitas; iii) con los datos registrados en la historia clínica completa y legible.

La investigación es de carácter cuantitativo y descriptivo sobre la frecuencia de consumo de sustancias de abuso en la población mencionada. Durante el período de recolección de datos, para realizar el cálculo y extraer la muestra, se realizó una verificación de los clientes mayores que estaban siendo atendidos en el CAPS-AD. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico y por conveniencia. La muestra se calculó mediante el software Excel, con un intervalo de confianza del 95%, un error del 5% y una prevalencia esperada de ocurrencia del fenómeno del 50% y del 50% de no ocurrencia⁽³⁵⁾. Esto resultó en una muestra de 432 pacientes que aceptaron participar en el estudio, mediante la firma del Término de Consentimiento Informado.

Destacamos que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución y que fue registrado bajo el dictamen número 3.461.055. Sobre los participantes, se les garantizó entre otros aspectos éticos, el secreto y el anonimato de las informaciones, conforme a lo que preconiza la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud⁽³⁶⁾.

Para la recolección de datos se utilizó primeramente un cuestionario de información sociodemográfica y clínica que consistió en información de autoinforme con preguntas dirigidas a identificar las características sociodemográficas y clínicas de los participantes, como sexo, edad, estado civil, educación, empleo y uso de medicamentos. Luego de completar las preguntas de los participantes, los entrevistadores registraron en este formulario el diagnóstico del paciente, obtenido de la historia clínica y realizado por los psiquiatras del servicio siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CID-10)⁽³⁷⁾.

Después fue utilizado el Cuestionario de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), versión 3.1. La prueba ASSIST fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

Con este instrumento es posible investigar el consumo de diez clases diferentes de drogas (derivados del tabaco, bebidas alcohólicas, marihuana, cocaína/crack, anfetaminas/éxtasis, inhalantes, hipnóticos/sedantes, alucinógenos, opioides, otros). A partir de la suma de las puntuaciones de los elementos relacionados con el consumo de cada sustancia, el usuario se clasifica como usuario de bajo riesgo, usuario de riesgo moderado o usuario de alto riesgo para la sustancia en evaluación. A partir de los datos obtenidos, se agregó la variable "uso de drogas problemáticas", según Tantirangsee y Assanangkornchai⁽⁴¹⁾, quienes utilizaron ASSIST para investigar el uso de sustancias de abuso en pacientes con trastornos mentales. Todos los participantes clasificados como usuarios de riesgo moderado o alto de cualquiera de las drogas recibieron una puntuación de 1 y una puntuación de 0 para todos aquellos que no utilizaron ninguna de las drogas evaluadas o que utilizaron un uso de bajo riesgo. La recolección de datos tuvo lugar entre septiembre y octubre de 2021.

El análisis de los datos se realizó con el software IBM *Statistical Package for Social Science* 24.0 (SPSS). Los análisis de distribución se realizaron mediante la prueba de Shapiro-Wilk, con el objetivo de verificar si la muestra representaba una distribución normal de los datos. Para la caracterización de la muestra se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencia relativa y absoluta, medias y desviación estándar. Para evaluar la presencia de asociación entre variables cualitativas (categóricas), utilizamos la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se consideró un nivel de significancia de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

El uso problemático de drogas se identificó mediante el instrumento ASSIST. En primer lugar, se analizaron los tres patrones de consumo seguidos por este instrumento para cada fármaco. En la Tabla 1 se observa que no se presentaron los resultados obtenidos para las sustancias "hipnóticos/sedantes", ya que en este grupo se incluyen medicamentos que se prescriben a un gran número de pacientes psiquiátricos, lo que dificulta evaluar la confiabilidad de las respuestas.

Tabla 1. Distribución de pacientes psiquiátricos (n=432) según patrones de consumo de sustancias de abuso. CAPS-AD, Municipio de Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

Droga	Riesgo bajo		Risco moderado		Alto riesgo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cannabis (marihuana)	402	93,05	30	6,95	-	-
Cocaína/crack	405	93,76	23	5,32	4	0,92
Anfetaminas	415	96,07	12	2,77	5	1,16
Inhalantes	431	99,77	1	0,23	-	-
Alucinógenos	409	94,68	7	1,62	16	3,7
Opiáceos	389	90,05	9	2,08	34	7,87

A través de la aplicación de ASSIST se logró detectar el patrón de uso de sustancias psicotrópicas en relación al uso de vida y en los años 2020. La Tabla 2 presenta el de consumo de sustancias de abuso durante 2020 y al largo de la vida, distinguiéndose por sexo, o sea, hombres y mujeres. Cuanto la prevalencia global de cualquier consumo de sustancias de abuso fue 60,18% (n=268) durante el año (2020) y 30,32% en toda la vida (n=132).

En comparación con las mujeres, los hombres tuvieron una mayor prevalencia de consumo de drogas, 42,13% (n=182) versus 19,9% (n=86) en el año de 2020; así como 22,68% (n=99) versus 7,64% (n=33) la prevalencia de consumo de drogas al largo de la vida, respectivamente.

Para los hombres, la sustancia consumida con mayor prevalencia fue la marihuana (57,14%, n=104) y para las mujeres (55,82%, n=48) durante el año de 2020; seguida también por el consumo de marihuana por hombres (50,5%, n=50) y para las mujeres (57,57%, n=19) al largo de la vida.

En relación a otras características del uso de sustancias de abuso por toda la vida, fue obtenido en relación a los hombres una mayor proporción de consumo de drogas durante las relaciones sexuales (19,20%, n=19) y intercambio de dinero o drogas por sexo (43,43%, n=43). En comparación con las mujeres en porcentual de 50,58%, n=17 (consumo de drogas durante las relaciones sexuales) y 18,18%, n=6, (intercambio de dinero o drogas por sexo).

Tabla 2. Características descriptivas del consumo de sustancias de abuso (durante 2020 y al largo de la vida) por sexo. Adultos mayores identificados con enfermedades mentales concomitantes. CAPS-AD, Municipio de Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

Características	Durante 2020				Toda la vida			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n=182	%	n=86	%	n=99	%	n=33	%
Cannabis (marihuana)	104	57,14	48	55,82	50	50,5	19	57,57
Cocaína	28	15,38	15	17,44	26	26,27	7	21,22
Anfetamina	25	13,73	13	15,11	11	11,11	4	12,12
Inhalantes	8	4,45	3	3,49	1	1,01	-	-
Benzodiacepinas (Sedantes o pastillas para dormir)	4	2,2	-	-	3	3,03	2	6,06
Alucinógeno	6	3,27	3	3,49	3	3,03	-	-

Opiáceos	7	3,83	4	4,65	5	5,05	1	3,03
Otras características del uso al largo de la vida					Hombres		Mujeres	
					n=99	%	=33	%
Usó solo una droga					12	12,12	7	21,87
Usó dos o más drogas					25	25,25	3	9,37
Consumo de drogas durante las prácticas sexuales					19	19,20	17	50,58
Intercambio de dinero o drogas por sexo					43	43,43	6	18,18

Entre la información sociodemográfica, la edad media fue de 64,83 años (DE±4,73), con un rango de 60 a 80 años. Según la Tabla 3, fue observado un mayor porcentaje de representación masculina (76,62%), sin pareja (soltero + viudo + divorciado) (64,35%), con educación primaria incompleta (3%) y desempleados (32,87%). Con base en los datos presentados en la Tabla 2, los pacientes fueron estratificados en aquellos que estaban usando problemáticamente al menos una droga. Esta variable se consideró como variable dependiente y se intentó descubrir su asociación con otras variables sociodemográficas y clínicas.

En el análisis univariado, dos de las variables investigadas se asociaron estadísticamente ($p < 0.05$) con el uso reciente de sustancias de abuso tanto para hombres como para mujeres, en términos de estado civil y educación. Por otro lado, ser soltero o viudo y tener escolaridad básica se asociaron predominantemente con el uso de drogas.

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de adultos mayores identificados con enfermedades mentales concomitantes. CAPS-AD, Municipio de Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

Variables/Categorías	Distribución		χ^2	Valor-p
	n=432	%		
Sexo				
Masculino	331	76,62	2,73	0,12
Femenino	101	23,38		
Edad (años)				
De 60 a 70	356	82,4		
De 71 a 80	76	17,6		
Estado civil				
Soltero	65	15,05	7,25	0,00
Casado	98	22,69		
Unión estable	56	12,96		
Viudo	165	38,19		
Divorciado	48	11,11		
Escolaridad				
Sin instrucción	13	3,0	10,45	0,00
Educación Escolar Básica	292	67,59		
Educación Media	115	26,62		
Educación Terciaria - completo	9	2,08		
Educación Terciaria - incompleto	3	0,71		
Ocupación laboral				
Licencia firmada	68	15,74	0,54	0,32
Autónomo	15	3,47		
Desempleado	142	32,87		
Retirado	207	47,92		

DISCUSIÓN

El presente estudio ha tenido como objetivo mostrar el uso de sustancias en adultos mayores en Centros de Atención Psicosocial del Rio de Janeiro, con la aplicación del test ASSIST.

La prevalencia de consumo problemático de sustancias de abuso encontrada en este estudio tiende a ser menor que la descrita en encuestas realizadas con la

población en general y menor que los hallazgos internacionales^(2,3,5,7,8,10-12,14,16-18,25). Esta diferencia puede estar relacionada con las características socioculturales de la muestra y el hecho de que los pacientes evaluados ya están en contacto con un servicio de salud mental, siendo monitoreados regularmente. Esto puede indicar la importancia del contacto regular con los servicios de salud como factor protector y espacio en el que se puede encontrar ayuda.

El envejecimiento se percibe generalmente como un evento homogéneo y estereotipado (universal), es un proceso multifacético y plural, ya que además de estar marcado por cambios corporales, implica una lectura social de estos cambios y atribuciones de determinados roles sociales (o pérdida/ausencia de ellos)⁽⁴⁾. Desde una perspectiva sociológica/antropológica, la vejez debe entenderse desde los diferentes contextos sociales, culturales y políticos en los que se inserta y a través de los cuales se interpreta. Así, dentro de la misma sociedad que la nuestra, encontramos en el fenómeno del envejecimiento importantes especificidades en cuanto a diferencias raciales, de género y de clase económica que dan a este proceso ciertas facetas.

Por tanto, es importante pensar en la variabilidad del concepto de vejez en su entrelazamiento con aspectos sociales que propician una vivencia particular de esta etapa de la vida. Las representaciones sociales de la vejez prevalecientes en nuestra cultura son, en general, estigmatizantes, ya que la reducen a una percepción estrictamente relacionada con la apariencia corporal y la pérdida de la juventud: un período físicamente decadente. El anciano pierde su singularidad, dando paso a la corporeidad deshecha⁽⁴²⁾. La literatura ha identificado una población envejecida desatendida que usa drogas, pero con escasez de investigación disponible y evidencia para tratar a este grupo. Históricamente, los problemas relacionados con el uso problemático de sustancias entre las personas mayores que han recibido poca atención y que solo recientemente se están reconociendo^(43,44).

Al investigar la probable dependencia (uso de alto riesgo), se destaca que las prevalencias obtenidas en este estudio son inferiores a las encontradas en la población general en dos encuestas nacionales de población^(43,45). Al compararla con la prevalencia descrita en estudios internacionales con pacientes psiquiátricos, se observó que los datos obtenidos en estos estudios sobre abuso y dependencia (riesgo moderado y alto) están por debajo de las expectativas^(41,46). En los países desarrollados, las políticas públicas para la atención de las personas con trastornos psiquiátricos incluyen la asistencia con la vivienda, el empleo supervisado y el tratamiento integral, incluidas las visitas domiciliarias y la obtención de medicamentos, fomentando la autonomía del paciente^(22,31). En Brasil, la ausencia de este tipo de atención integral a las personas con trastornos psiquiátricos conduce a una mayor dependencia de la familia y, en consecuencia, a un peor control sobre la libertad y el consumo de sustancias de abuso del individuo⁽⁴⁷⁾.

En general, los medicamentos recetados han sido las sustancias más consumidas por los adultos mayores en el presente estudio. Sin embargo, se predijo que aumentaría el consumo de drogas ilegales por parte de esta población⁽⁴⁸⁾. Las personas mayores buscan cada vez más ayuda debido a problemas relacionados con el consumo de drogas⁽⁴⁹⁾. Fahmy, et al.⁽⁵⁰⁾ señalan que, en Inglaterra, el uso de algunas sustancias de abuso aumentó rápidamente en la mediana edad y la vejez. También son preocupantes los datos de *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) que muestran que con el envejecimiento la población que usa drogas intravenosas ha llegado a edades más avanzadas⁽⁵¹⁾.

La aceleración de las morbilidades médicas y la progresión del deterioro orgánico en los consumidores de drogas de edad avanzada significa que esta población tiene necesidades de tratamiento únicas⁽⁵¹⁾. Se sabe que la edad avanzada altera las funciones y la composición del cuerpo humano, la función excretora de los riñones disminuye, principalmente en individuos desnutridos y debilitados, y hay una reducción paulatina de los mecanismos de homeostasis, lo que conduce a reacciones más fuertes por el consumo de sustancias de abuso, aumentando la velocidad, intensidad y efectos adversos⁽⁵²⁾. Estos factores, junto con la disminución del contenido de agua corporal, permiten que los adultos mayores mantengan los niveles

de sustancias en sangre por más tiempo después del consumo. Esta susceptibilidad física afecta sus funciones motoras y cognitivas, aumentando el riesgo de accidentes, caídas, lesiones o dificultades para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Las AVD se entienden como tareas personales relacionadas con el autocuidado, así como otras habilidades relevantes para la vida diaria del individuo⁽⁵³⁾.

Cabe destacar que la sensibilidad de los adultos mayores aumenta con los años, lo que hace que sientan los efectos inducidos por el uso de sustancias psicoactivas con menor consumo, lo que significa que no necesitan consumir tanto como antes para obtener el mismo efecto⁽⁵⁾. Simultáneamente, con el uso de medicamentos para controlar, entre otros, la presión arterial, tales medicamentos, por regla general, interactúan negativamente con el consumo de sustancias psicoactivas⁽¹⁸⁾, anulando o potenciando sus efectos, favoreciendo la muerte. Esto explica que las personas mayores que abusan de sustancias tienden a morir antes que la población general⁽⁵⁴⁾.

Con efecto, el uso de sustancias de abuso puede interactuar con el uso más frecuente de psicofármacos por parte de los adultos mayores, y el uso de drogas puede desencadenar o agravar condiciones médicas o psicológicas crónicas^(55,56). Por ejemplo, debido a que las sustancias de abuso actúan alterando la neurotransmisión en el cerebro (predominantemente los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y glutamatérgico), los cambios relacionados con el envejecimiento en el cerebro, el metabolismo y la farmacocinética (es decir, el proceso por el cual un fármaco es absorbido, metabolizado y eliminados del cuerpo) pueden aumentar el riesgo de que los consumidores de drogas de edad avanzada sufran neurotoxicidad grave y consecuencias adversas relacionadas con las drogas⁽⁵⁵⁾.

El tratamiento de la dependencia por uso de sustancias implica enfoques tanto farmacológicos como psicológicos⁽⁵⁷⁾. Las principales opciones farmacológicas por consumo de cannabis y estimulantes se limitan al uso de medicamentos sintomáticos, como las benzodiazepinas para la agitación o los antipsicóticos para los síntomas psicóticos⁽⁵⁸⁾. Las intervenciones psicológicas son cruciales dado que ayudan a las personas a mantener la abstinencia. Tales intervenciones incluyen la terapia cognitivo-conductual para la prevención de recaídas, el manejo de contingencias y, más recientemente, la prevención de recaídas basada en la atención plena^(56,57).

Los profesionales de la salud aclaran que no existe un abordaje específico para los usuarios o sus familias y que las acciones dirigidas a este público se limitan a escuchar problemas, consejos e información sobre tratamientos. Así, el poco conocimiento de los profesionales de la salud sobre este fenómeno, es debido a la falta de formación técnica o la creencia errónea de que el consumo afecta solo a los jóvenes, así como la falta de reportes de consumo por parte de los adultos mayores durante las consultas con los profesionales de la salud - por vergüenza, miedo, demencia o aislamiento social, pueden estar entre las causas de las dificultades de detección⁽⁵⁹⁾. En un estudio realizado en una sala de emergencias, solo 2 de los 18 consumidores mayores de 60 años, en los que se encontraron metabolitos de cocaína en la orina, fueron identificados por los médicos como consumidores que tenían un problema relacionado con el consumo crónico⁽⁶⁰⁾. A menudo, los profesionales no están preparados para ayudar a estas personas, y los servicios no están estructurados para brindar un tratamiento o una derivación de alta calidad. Se necesitan servicios integrales e integrados para ayudar a esta población vulnerable.

Es importante resaltar que el consumo observado en los estudios de prevalencia es la principal causa de morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos. En este sentido, la utilización de un instrumento de cribado que proporciona información sobre el riesgo relacionado con el consumo de drogas, de fácil aplicación e interpretación, y que permite una intervención breve, con retroalimentación de resultados, como es el caso de ASSIST, se convierte en una opción viable en la prevención y detección precoz del consumo de drogas, ya que esta innovación puede resultar de gran utilidad para prevenir el agravamiento de los problemas derivados de este tipo de consumo.

Por tanto, el presente trabajo asume la importancia de cambiar el paradigma, es decir, reducir la implementación de políticas de tratamiento y rehabilitación, aumentando la implementación de políticas de prevención.

CONCLUSIÓN

En conjunto, se espera que la necesidad de atención por abuso de sustancias entre los adultos mayores aumente con el tiempo. Es probable que los adultos mayores que padecen afecciones crónicas y buscan atención médica asociada con el envejecimiento se vean afectados por problemas relacionados con el uso de drogas, lo que puede aumentar aún más el riesgo y requerir una consideración única para el tratamiento. Sin embargo, el uso de drogas psicoactivas entre los adultos mayores sigue siendo un área de investigación desatendida^(61,62). Por lo tanto, una mejor comprensión del alcance y las correlaciones del uso y abuso de drogas psicoactivas puede mejorar la identificación temprana de casos y la intervención oportuna para para este grupo investigado.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales del CAPS-AD (CAPSad II Júlio César de Carvalho, CAPSad III Raul Seixas, CAPSad III Paulo Portela, CAPSad III Antônio Carlos Mussum/UAA Cacildis).

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Fuente de financiación: Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Contribución de los autores: Todos los autores han contribuido de igual manera para la investigación y la redacción del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guedes da Paz E, Jesus da Silva Mendes D, Nogueira Brito S, Oliveira Barbosa W. Doenças neurodegenerativas em adultos e idosos: um estudo epidemiológico descritivo. *Rev Neurocienc* 2021; 29:1-11. Doi: [10.34024/rnc.2021.v29.12348](https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12348)
2. Fahmy V, Hatch SL, Hotopf M, Stewart R. Prevalence of illicit drug use in people aged 50 years and over from two surveys. *Age and Ageing*. 2012; 41(4): 553-6. Doi: [10.1093/ageing/afs020](https://doi.org/10.1093/ageing/afs020)
3. Schlaerth KR, Splawn RG, Ong J, Smith SD. Change in the pattern of illegal drug use in an inner-city population over 50: an observational study. *J Addict Dis* 2004; 23(2): 95-107. Doi: [10.1300/J069v23n02_07](https://doi.org/10.1300/J069v23n02_07)
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA. Treatment and care for older drug users. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2010.
5. Beynon CM, McVeigh J, Roe B. Problematic drug use, ageing and older people: trends in the age of drug users in Northwest England. *Ageing & Society*. 2007; 27(6): 799-810. Doi: [10.1017/S0144686X07006411](https://doi.org/10.1017/S0144686X07006411)
6. Crome I, Wu L, Rao R, Crome P. Substance use and older people. West Sussex: John Wiley and Sons Inc.; 2015.
7. Taylor MH, Grossberg GT. The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review. *Prim Care Companion CNS Disord* 2012; 14(4): PCC.11r01320. Doi: [10.4088/PCC.11r01320](https://doi.org/10.4088/PCC.11r01320)
8. Lofwall MR, Schuster A, Strain EC. Changing profile of abused substances by older persons entering treatment. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(12): 898-905. Doi: [10.1097/NMD.0b013e31818ec7ee](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818ec7ee)
9. Lofwall MR, Brooner RK, Bigelow GE, Kindbom K, Strain EC. Characteristics of older opioid maintenance patients. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28(3): 265-72. Doi: [10.1016/j.jsat.2005.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.01.007)
10. Beynon CM, Roe B, Duffy P, Pickering L. Self-reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatrics*. (2009); 9(1):45. Doi: [10.1186/1471-2318-9-45](https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-45)
11. Gossop M, Moos R. Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction*. 2008; 103(3): 347-48. Doi: [10.1111/j.1360-0443.2007.02096.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02096.x)
12. Wu LT, Blazer DG. Illicit and nonmedical drug use among older adults: A review. *J Aging Health* 2011; 23(3): 481-504. Doi: [10.1177/0898264310386224](https://doi.org/10.1177/0898264310386224)
13. Roibás AL, Melendro AIL, Montes MJG. Perspectivas de futuro y propuestas de recursos terapéuticos para adictos de edad avanzada. *Revista Española de Drogodependencias*. 2010; 35(2): 170-81. Doi: [10.5144/0256-4947.2018.319](https://doi.org/10.5144/0256-4947.2018.319)

14. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med* 2014; 30(3): 629-54. Doi: [10.1016/j.cger.2014D.04.008](https://doi.org/10.1016/j.cger.2014D.04.008)
15. Bachi K, Sierra S, Volkow ND, Goldstein RZ, Alia-Klein N. Is biological aging accelerated in drug addiction? *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2017; 13:34-39. Doi: [10.1016/j.cobeha.2016.09.007](https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.09.007)
16. Gfroerer J, Penne M, Pemberton M, Folsom R. Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003; 69(2): 127-135. Doi: [10.1016/s0376-8716\(02\)00307-1](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00307-1)
17. Simoni-Wastila L, Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. *The American J Geriatr Pharmacother* 2006; 4(4): 380-94. Doi: [10.1016/j.amjopharm.2006.10.002](https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2006.10.002)
18. Han B, Gfroerer JC, Colliver JD, Penne MA. Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction*. 2009; 104(1): 88-96. Doi: [10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x)
19. Pirona A, Guarita B, Montanari L, Noor A. Ageing and addiction: challenges for treatment systems. In: *Proceedings of the Lisbon Addictions Conference 2015*. Lisbon, Portugal; 2015.
20. Lowe DJE, Sasiadek JD, Coles AS, George TP. Cannabis and mental illness: a review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019; 269(1): 107-20. Doi: [10.1007/s00406-018-0970-7](https://doi.org/10.1007/s00406-018-0970-7)
21. Brady KT, Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *Am J Psychiatry* 2005; 162(8): 1483-93. Doi: [10.1176/appi.ajp.162.8.1483](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1483)
22. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013; 25(2):118-27.
23. Ibrahim Y, Hussain SM, Alnasser S, Almohandes H, Sarhandi I. Patterns and sociodemographic characteristics of substance abuse in Al Qassim, Saudi Arabia: a retrospective study at a psychiatric rehabilitation center. *Annals of Saudi Medicine*. 2018; 38(5): 319-25. Doi: [10.5144/0256-4947.2018.319](https://doi.org/10.5144/0256-4947.2018.319)
24. Karlin B, Duffy M, Gleaves D. Patterns and predictors of mental health service use and mental illness among older and younger adults in the United States. *Psychological Services*. 2008; 5(3): 275-94. Doi: [10.1037/1541-1559.5.3.275](https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.3.275)
25. LaBarre C, Linn BK, Bradizza CM, Bowen EA, Stasiewicz PR. Conceptualizing recovery capital for older adults with substance use disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2021; 21(4): 417-27. Doi: [10.1080/1533256X.2021.1973827](https://doi.org/10.1080/1533256X.2021.1973827)
26. Germack HD, Weissinger G, Bizhanova Z, Martsof GR. Psychiatric medication changes associated with increased rate of medical readmissions in patients with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2020; 209 (3): 166-73. Doi: [10.1097/NMD.0000000000001282](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001282)
27. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(4): 494-510. Doi: [10.1016/j.cpr.2006.09.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.004)
28. Bizzarri JV, Rucci P, Sbrana A, Miniati M, Raimondi F, Ravani L, Massei GJ, Milani F, Milianti M, Massei G, Gonnelli C, Cassano GB. Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Res* 2009; 165 (1-2): 88-95. Doi: [10.1016/j.psychres.2007.10.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.009)
29. Konkoly Thege B, Horwood L, Slater L, Tan MC, Hodgins DC, Wild TC. Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1): 164. Doi: [10.1186/s12888-017-1323-1](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1323-1)
30. Köck P, Walter M. Personality disorder and substance use disorder—An update. *Mental Health and Prevention*. 2018; 12:82-9. Doi: [10.1016/j.mhp.2018.10.003](https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.003)
31. Morisano D, Babor TF, Robaina KA. Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. *Nordic studies on alcohol and drugs*. 2014; 31(1):5-25. Doi: [10.2478/nsad-2014-0002](https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0002)
32. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(suppl.): 1163-78. Doi: [10.1590/S1413-81232006000500007](https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007)
33. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
34. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica - elementos essenciais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2006.
35. Trevisan ER, Castro SS. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. *Saúde em Debate*.

- 2019; 43 (121): 450-63. Doi: [10.1590/0103-1104201912113](https://doi.org/10.1590/0103-1104201912113)
36. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/1mTMIS3>
37. World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed. World Health Organization. 2004. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>
38. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*. 2002; 97:1183-194.
39. Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*. 2008; 103(6):1039-47.
40. Humeniuk RE, Dennington V, Ali RL. The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial. Geneva, World Health Organization; 2008.
41. Tantirangsee N, Assanangkornchai S. Prevalence, patterns, associated factors and severity of substance use among psychotic patients in southern Thailand. *Asian Journal of Psychiatry*. 2015; 13: 30-37. Doi: [10.1016/j.ajp.2014.11.006](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.11.006)
42. Le Breton D. *Antropologia do Corpo*. Ed. Vozes: Petrópolis; 2003.
43. Korper S, Council C. Substance Use by Older Adults: Estimates of Future Impact on the Treatment System. DHHS Publication No. SMA 03-3763, Analytic Series A-21. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Rockville, USA; 2002.
44. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat* 2003; 25: 125-34. Doi: [10.1016/s0740-5472\(03\)00130-2](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00130-2)
45. Ghadigaonkar DS, Kandasamy A, Sivakumar PT. Forensic aspects of substance use in older adults. *J Subst Abuse Treat* 2021; 43(5):128-33. doi: [10.1177/02537176211047957](https://doi.org/10.1177/02537176211047957)
46. Gryczynski J, Schwartz RP, Mitchell SG, O'Grady KE, Ondersma SJ. Hair drug testing results and self-reported drug use among primary care patients with moderate-risk illicit drug use. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014; 141: 44-50. Doi: [10.1016/j.drugalcdep.2014.05.001](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.05.001)
47. Antoniazzi RP, Zanatta FB, Ardenghi TM, Feldens CA. The use of crack and other illicit drugs impacts oral health-related quality of life in Brazilians. *Oral Dis*. 2018; 24(3): 482-8. Doi: [10.1111/odi.12786](https://doi.org/10.1111/odi.12786)
48. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med* 2014; 30(3): 629-54. Doi: [10.1016/j.cger.2014.04.008](https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.008)
49. Sacco P, Kuerbis A, Goge N, Bucholz KK. Help seeking for drug and alcohol problems among adults age 50 and older: a comparison of the NLAES and NESARC surveys. *Drug Alcohol Depend* 2013; 131(1-2): 157-61. Doi: [10.1016/j.drugalcdep.2012.10.008](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.008)
50. Fahmy V, Hatch SL, Hotopf M, Stewart R. Prevalence of illicit drug use in people aged 50 years and over from two surveys. *Age Ageing* 2012; 41(4): 553-56.
51. The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Drugs and Age. Drugs and associated issues among young people and older people*. United Nations; 2018. Disponível em: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/IN1022018_drugs_and_age_2018.pdf
52. Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Exp Gerontol* 2003; 38(8): 843-53. Doi: [10.1016/s0531-5565\(03\)00133-5](https://doi.org/10.1016/s0531-5565(03)00133-5)
53. Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*. 2007; 23(2):264-71. Disponível em: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/22291>
54. Beynon C, McVeigh J, Hurst A, Marr A. Older and sicker: changing mortality of drug users in treatment in the North West of England. *International Journal of Drug Policy*. 2010; 21(5): 429-31. Doi: [10.1016/j.drugpo.2010.01.012](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.01.012)
55. Dowling GJ, Weiss SR, Condon TP. Drugs of abuse and the aging brain. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33: 209-18. Doi: [10.1038/sj.npp.1301412](https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301412)
56. Ferreira AP. Dependência química e o cenário dos usuários de drogas atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: A política

- de saúde na atenção integral aos idosos. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2021; 9: 1147-57.
57. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Br J Gen Pract* 2000; 50: 892-9.
58. Elwyn G, Frosch D, Rollnick S. Dual equipoise shared decision making: definitions for decision and behaviour support interventions. *Implement Sci* 2009; 4:75. Doi: [10.1186/1748-5908-4-75](https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-75)
59. Pillon SC, Cardoso L, Pereira GAM, Mello E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. *Esc. Anna Nery* 2020; 14(4): 742-748. Doi: [10.1590/S1414-81452010000400013](https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400013)
60. Chait R, Fahmy S, Caceres J. Cocaine abuse in older adults: An underscreened cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020; 58: 391-2. Doi: [10.1111/j.1532-5415.2009.02697.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02697.x)
61. Chhatre S, Cook R, Mallik E, Jayadevappa R. Trends in substance use admissions among older adults. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 584. Doi: [10.1186/s12913-017-2538-z](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2538-z)
62. Lehmann S, Fingerhood M. Substance-use disorders in later life. *N Engl J Med* 2018; 379(24): 2351-60. Doi: [10.1056/NEJMra1805981](https://doi.org/10.1056/NEJMra1805981)