

**Equipo BeTrAD España**

**AFECTACIÓN EN LA SALUD  
RELACIONADA CON EL  
CONSUMO  
DE DROGAS DE PERSONAS  
DE EDAD AVANZADA Y  
ENVEJECIMIENTO PREMATURO**

*Una revisión sistemática  
exploratoria*



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS



Equipo BeTrAD España

***AFECTACIÓN EN LA  
SALUD RELACIONADA  
CON EL CONSUMO DE  
DROGAS  
DE PERSONAS DE  
EDAD AVANZADA Y  
ENVEJECIMIENTO  
PREMATURO***

***Una revisión sistemática  
exploratoria***

MINISTERIO DE SANIDAD  
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD  
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

El contenido de esta publicación se ha desarrollado en el marco de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), para la que se ha contado con la autoría de Fran Calvo, Teresa de Gispert, Elena Adán, Carlos Belmar, Francisco Pascual, Roger Ferrer, Clara Catalán, Nieves Martínez, Begoña Gonzalvo y Xavier Ferrer. El texto ha sido revisado por todos los autores.

#### AUTORÍA

Fran Calvo, Teresa de Gispert, Elena Adán, Carlos Belmar, Francisco Pascual, Roger Ferrer, Clara Catalán, Nieves Martínez, Begoña Gonzalvo y Xavier Ferrer.

#### GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i Hepatitis Víriques, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.  
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).  
Fundación Salud y Comunidad.  
Sociedad Científica Socidrogalcohol.  
Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona.

#### EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD  
Centro de Publicaciones  
© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD  
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-23-098-9

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

#### CITA RECOMENDADA

Calvo, F., de Gispert, T., Adán, P.E., Belmar, C., Pascual, F., Ferrer, R., Catalán, C., Martínez N. Gonzalvo, B., y Ferrer, X. (2023). AFECTACIÓN EN LA SALUD RELACIONADA CON EL CONSUMO DE DROGAS DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y ENVEJECIMIENTO PREMATURO. Una revisión sistemática exploratoria. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid

# ÍNDICE

AUTORÍAS.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	8
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
ORDENAR Y DISEMINAR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL.....	11
Parámetros de búsqueda.....	11
Términos de búsqueda.....	11
Criterios de selección.....	12
Manejo y clasificación de los datos.....	13
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>EXAMINAR LAS FUENTES Y EL USO DE LA EVIDENCIA.....</b>	<b>16</b>
CARACTERÍSTICAS BIBLIOMÉTRICAS Y DE LA MUESTRA DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS SELECCIONADOS.....	16
Año de publicación.....	16
Territorio de la muestra.....	17
Subpoblación.....	18
Tamaño muestral y distribución por géneros.....	20
Edad.....	20
Institución de reclutamiento.....	21
OBJETIVOS Y MÉTODOS EMPLEADOS EN LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS.....	28
Objetivos de las investigaciones.....	28
MÉTODOS USADOS EN LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS.....	32
<b>PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN ENTRE DROGAS Y EDAD DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS.....</b>	<b>42</b>
RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE INVESTIGACIONES LLEVADAS A CABO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.....	42
Problemas hepáticos.....	42
Consumo inyectado, VIH y hepatitis C.....	44
Otras afecciones tratadas en el entorno hospitalario.....	45

Mortalidad .....	49
Estudios de medicina interna y servicios de urgencias.....	52
Resultados y conclusiones de investigaciones llevadas a cabo en servicios o entornos de tratamiento especializado en trastornos por uso de sustancias .....	52
Estudios específicos con muestras de personas de edad avanzada.....	53
Análisis de la mortalidad en servicios especializados en drogodependencias .....	55
Estudios en unidades especializadas en tabaquismo .....	56
Trabajos comparativos entre sustancias en servicios ambulatorios especializados .....	57
Prescripción de fármacos a personas en tratamiento de drogodependencias .....	58
Otros estudios.....	59
Resultados y conclusiones de estudios conducidos en centros de atención primaria de salud .....	60
Resultados y conclusiones de investigaciones llevadas a cabo en organismos de salud pública o vigilancia epidemiológica .....	63
Resultados y conclusiones de investigaciones llevadas a cabo en el ámbito comunitario .....	66
Análisis de la literatura gris .....	82
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>95</b>
FUENTES Y UTILIZACIÓN DE LA EVIDENCIA.....	95
IDENTIFICACIÓN DE VACÍOS SIGNIFICATIVOS DEL CONOCIMIENTO EXISTENTE.....	95
IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS DE LA BIBLIOGRAFÍA REVISADA.....	97
Factores de riesgo.....	97
Factores de protección.....	99
RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	100
PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	103
CONCLUSIONES.....	103
CONFLICTO DE INTERESES.....	104
FINANCIACIÓN.....	104
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>105</b>

## AUTORÍAS

BeTrAD hace referencia a Better Treatment for Aging Drug Users (un mejor tratamiento para personas de edad avanzada que consumen drogas) y fue un proyecto europeo financiado por la Comisión Europea a través del programa “Erasmus+”, a partir del que dotó a los profesionales que trabajan con usuarios de drogas de edad avanzada (mayores de 40 años) de las habilidades y los recursos necesarios para ofrecer a este colectivo una atención sociosanitaria especializada.

El equipo BeTrAD España está formado por (orden alfabético): Elena Adán, Carlos Belmar, Fran Calvo, Clara Catalán, Roger Ferrer, Xavier Ferrer, Teresa de Gispert, Begoña Gonzalvo, Nieves Martínez y Francisco Pascual.

FC concibió la idea del estudio, propuso y coordinó su diseño. FC, EA, CB y TdG conformaron el grupo motor, coordinaron las fases de búsqueda de artículos científicos y supervisaron el proceso de análisis. Todos los autores participaron en la elección de los criterios de búsqueda, que fueron ajustados por FC, que realizó la búsqueda inicial en las bases de datos. El apartado de literatura gris fue coordinado por TdG que hizo su primer análisis y coordinó el segundo análisis cuyos resultados fueron revisados y procesados por EA, TdG, CB, FP, CC, RF y BG. FC coordinó la reducción de contenido a la matriz de datos en la que colaboraron Lidia Jiménez, Adriana Francisco, Cristina Giralt y Sílvia Font-Mayolas. FC redactó la primera versión de manuscrito con la colaboración de CG y SF-M. EA, TdG, CB, CC, BG y PP revisaron el primer borrador y FC incorporó los cambios y modificaciones propuestos por ellos. Una segunda versión del estudio fue redactada por FC con la colaboración de CG y SF-M. Esta segunda versión fue revisada y aprobada por todos los autores, entre los que se incluyó Xavier Ferrer, conformando así la versión final del manuscrito.

## RESUMEN

En esta revisión sistemática exploratoria se han seleccionado, resumido y analizado los documentos pertinentes (artículos científicos y literatura gris) relacionados con el efecto que tienen en la salud el consumo de drogas y las adicciones de personas de edades avanzadas en España. La literatura científica se identificó introduciendo términos de búsqueda en tres bases de datos electrónicas que recapitulaban artículos revisados por pares de ciencias de la salud (PubMed, PsycINFO, Scopus) y la base de datos de literatura gris (Europa OpenGrey y Google Scholar) publicados entre los años 2000 y 2020, escritos en español o en inglés, que cumplieran como criterios de inclusión: artículos que incluyan datos referentes a muestras poblacionales de ámbito español y que describieran el efecto sobre la salud del uso problemático de drogas en poblaciones mayores de 40 años o que discriminara por edad, incluyendo esta franja. Tras un proceso de debate y decisión sobre la pertinencia y calidad por parte del equipo investigador se incluyeron un total de 80 publicaciones. Los temas principales fueron estudios realizados en el entorno hospitalario que analizaron el efecto orgánico y físico del consumo de alcohol. Destacó la carencia de estudios específicos cuyo objetivo fuese analizar el efecto de las drogas en la salud de personas mayores. Es pues necesario seguir investigando en este ámbito específico de las adicciones.

### PALABRAS CLAVE

Drogodependencia, trastornos por uso de sustancias, abuso de drogas, personas mayores, edad

## ABSTRACT

In this scoping review we selected, summarized, and analysed relevant documents (scientific articles and gray literature) related to the effect on health of drug use and drug dependence in elderly people in Spain. The scientific literature was identified by entering search terms in three electronic databases that recapitulated peer-reviewed health sciences articles (PubMed, PsycINFO, Scopus) and the grey literature database (Europa OpenGrey and Google Scholar) published between 2000 and 2020 and written in Spanish or English that presented data on Spain. Those papers that met the inclusion criteria, that is: articles describing the health effect of problematic drug use, from populations over 40 years of age or that discriminated by age, including this age group, and from samples of participants within the Spanish territory, were selected after a process of the research team that discussed and decided on their relevance and quality. Finally, a total of 80 publications were included, and the main topics were studies carried out in the hospital setting that analysed the organic and physical effect of alcohol consumption. There was a notable lack of specific studies aimed at analysing the effect of drugs on the health of the elderly. It is therefore necessary to continue research in this specific area of drug addiction.

### KEYWORDS

Drug dependence, substance related disorders, drug abuse, drug, ageing, age



# INTRODUCCIÓN

Las personas de edad avanzada con adicciones a drogas presentan un peor estado de salud en las áreas física, orgánica, psicológica y social que sus coetáneos sin trastornos por uso de sustancias y un deterioro mayor en comparación con las personas jóvenes drogodependientes (Yarnell et al., 2020). En las personas con un consumo problemático de larga evolución se estima que el proceso de envejecimiento se acelera en al menos 15 años (Vogt, 2009). El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA) establece la edad de 40 años como la edad a partir de la cual pueden observarse signos de envejecimiento en las personas con un consumo de larga evolución (EMCDDA, 2010; Johnston et al., 2017). Las personas de edad avanzada consumidoras de drogas se caracterizan especialmente por un envejecimiento y una mortalidad prematuros (Ayres et al., 2012).

Pese a que la década de los noventa en España está marcada por una elevada mortalidad de personas consumidoras de drogas por vía inyectada, consecuencia de la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), la infección del Virus de la Hepatitis C (VHC), la aparición del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la sobredosis letal (Fuente et al., 2006), la supervivencia de las personas drogodependientes ha aumentado desde entonces (Lumbreras et al., 2006; Molist et al., 2018). Este descenso de la mortalidad tiene que ver con la optimización de la oferta preventiva y terapéutica de los trastornos por uso de sustancias y sus problemas asociados.

El aumento progresivo de la supervivencia de personas con trastornos por uso de heroína y cocaína inyectada se da en un contexto de despliegue de los servicios especializados en drogodependencias en el estado español, que fueron asumiendo las prestaciones de prevención y tratamiento de las adicciones a drogas. A principios del siglo veinte, las demandas de tratamiento por consumo de heroína y cocaína disminuyeron y el alcohol pasó a ser la droga con mayor demanda de tratamiento, tendencia que se ha mantenido hasta la actualidad (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

Pese al efecto en la salud de los trastornos por uso de sustancias, la tendencia al envejecimiento de determinados subgrupos con adicciones y la relevancia que tuvieron en el pasado en muchos países de Europa, las epidemias de la heroína y la cocaína, en la actualidad se evidencia una falta de políticas públicas dirigidas a las personas con adicción de edad avanzada, una población con necesidades complejas y específicas, que requieren de una atención especializada. Desarrollar estrategias específicas para esta población es actualmente un reto para los servicios de salud y sociales (EMCDDA, 2017). Por otro lado, debido a la tendencia al envejecimiento de la población general, es de prever que este perfil aumente los próximos

años así como sus demandas de atención sociosanitaria, especialmente en países europeos (Johnston et al., 2017).

En el año 2008 se inició el proyecto europeo *Good health into older age (Vintage)*, con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre el consumo de alcohol entre las personas de edad avanzada (a partir de 65 años), fortalecer estrategias de trabajo en red a nivel Europeo, nacional y local, promover actuaciones basadas en la evidencia dirigidas a la prevención del consumo de riesgo en esta población. Entre las recomendaciones derivadas del proyecto se indicó la necesidad de más investigación dirigida a esta población y de promover estrategias de cribado e intervención breve desde la atención primaria (Generalitat de Catalunya, 2023).

En el año 2016 comenzó un proyecto europeo financiado por la Comisión Europea a través del programa Erasmus+, denominado *Better Treatment for Ageing Drug User (BeTrAD)*, el objetivo del cual fue dotar a los profesionales que trabajan con usuarios de drogas de edad avanzada de las habilidades y los recursos necesarios para ofrecer a este colectivo una atención socio-sanitaria especializada (Generalitat de Catalunya, 2023). El programa BeTrAD fue la primera experiencia española (Adán et al., 2016) y una de las primeras a nivel europeo que trató de generar sinergias inter e intra países con el objetivo de detectar y proponer medidas para hacer frente a las necesidades de las personas de edades avanzadas consumidoras de drogas, de acuerdo con el criterio de edad del EMCDDA, 40 años o más (BeTrAD Comisión, 2018). Una de las conclusiones de la comisión BeTrAD durante sus cuatro años de trabajo iniciales fue que no existían publicaciones científicas especializadas que analizara el efecto del nudo edad/drogodependencias.

Aun así, y pese a que existe un gran vacío de estudios científicos e informes específicos sobre personas de edad avanzada con trastornos por uso de sustancias, la variable edad se suele incluir como variable independiente descriptiva o analítica en estudios observacionales y experimentales. Así, el equipo de investigación la comisión se planteó el objetivo de identificar en estos estudios los resultados por edad y discriminar aquellas características propias de las personas de edad avanzada en los estudios sobre drogodependencias en España, aunque no estudien específicamente el tópico de persona mayor o anciana con adicción. Teniendo en cuenta esta situación, el objetivo general de este trabajo es revisar la literatura científica existente acerca de la afectación en la salud como consecuencia del consumo de drogas de personas de edad avanzadas (de más de cuarenta años) en España.

# MÉTODO

La revisión sistemática exploratoria (*scoping review*) es la técnica más apropiada para investigar un área relativamente inexplorada. En este caso se siguió el esquema de trabajo general para *scooping reviews* propuesto por Arksey and O'Malley (Arksey y O'Malley, 2005). El esquema metodológico para tratar los resultados obtenidos es el siguiente: i) ordenar y diseminar la evidencia científica actual, ii) examinar las fuentes y el uso de la evidencia, iii) identificar vacíos significativos respecto el conocimiento existente y iv) establecer recomendaciones para las políticas y la investigación.

## ORDENAR Y DISEMINAR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL

### *Parámetros de búsqueda*

Durante los meses de octubre de 2020 y marzo de 2021 se llevó a cabo una búsqueda sistemática de documentos publicados entre los años 2000 y 2020, ambos incluidos. Se buscaron documentos en inglés y español. La literatura gris se definió como documentos o materiales fuera de los canales académicos formales de publicación y distribución, que incluían informes de investigación basados en la comunidad, informes gubernamentales, tesis o capítulos de libros. Para garantizar el rigor de esta revisión, se excluyeron las noticias (impresas o basadas en la web), cuya información puede variar según la fuente, el tiempo y la ubicación, y requieren procedimientos particulares para el análisis (Magalhaes et al., 2010).

### *Términos de búsqueda*

La búsqueda se efectuó en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Scopus y Open Grey y se complementaron con búsquedas en Google Scholar y la búsqueda manual de las referencias de los artículos seleccionados en diferentes fases del proceso de selección.

En un primer momento, se localizaron los términos en la base de datos MeSH para realizar la búsqueda pertinente en Pubmed. Los términos MeSH empleados para determinar el uso problemático de drogas fueron los siguientes: "alcohol-related disorders", "alcohol amnesic disorder", "alcohol withdrawal delirium", "alcoholic intoxication", "alcoholism", "binge drinking", "alcoholic psychoses", "amphetamine-related disorders", "cocaine-related disorders", "inhalant abuse", "marijuana abuse", "cannabis abuse", "marijuana use", "cannabis use", "nar-

cotic-related disorders”, “opioid-induced constipation”, “opioid-related disorders”, “phencyclidine abuse”, “substance-induced psychoses”, “intravenous substance abuse”, “oral substance abuse”, “substance withdrawal syndrome”, “alcohol withdrawal delirium” y “tobacco use disorder”, todos ellos incluidos en el término “substance related disorder”, en combinación con el término MeSH “age” combinados con “Spain” para limitar a estudios desarrollados en España. En la Tabla 1 se puede consultar la estrategia de búsqueda utilizada. Ver tabla 1

**Tabla 1. Estrategia de búsqueda realizada en las diferentes bases de datos utilizadas**

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA UTILIZADA
Pubmed	(Substance-Related Disorders) AND age AND Spain Filters: English, Spanish, Adult: 19+ years, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, Humans, from 2000 – 2020.
PsycINFO	(Substance-Related Disorders) AND age AND Spain. <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;AuthType=sso&amp;db=psyh&amp;bquery=(Substance-Related+Disorders)+AND+age+AND+Spain&amp;type=0&amp;searchMode=Standard&amp;site=ehost-live&amp;scope=site&amp;custid">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;AuthType=sso&amp;db=psyh&amp;bquery=(Substance-Related+Disorders)+AND+age+AND+Spain&amp;type=0&amp;searchMode=Standard&amp;site=ehost-live&amp;scope=site&amp;custid</a>
Scopus	TITLE-ABS-KEY((substance-related AND disorders) AND age AND spain) AND (LIMIT-TO(PUBYEAR, 2020) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2019) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2018) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2017) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2012) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2010) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2009) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2008) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2007) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2006) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2005) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2004) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2003) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2002) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2001) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2000)) AND (LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY, “Spain”)) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE, “ar”) OR LIMIT-TO(DOCTYPE, “re”)) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, “English”) OR LIMIT-TO(LANGUAGE, “Spanish”))
Open grey	(Substance-Related Disorders OR drug dependence) AND age AND Spain.

## Criterios de selección

La revisión trató de localizar los trabajos en los que se arrojaba información sobre posibles diferencias entre efectos adversos del consumo problemático de drogas en personas de cuarenta años o más. Los criterios de inclusión fueron: i) artículos que describieran el efecto sobre la salud del uso problemático de drogas, ii) de poblaciones mayores de 40 años o que discriminara por edad, incluyendo esta franja, iii) de muestras de participantes dentro del territorio español. Por lo tanto, se excluyeron artículos cuya muestra fueran adolescentes o jóvenes o no discriminaran por edad o que no fueran realizados en poblaciones españolas.

## *Manejo y clasificación de los datos*

Se usó el gestor bibliográfico Mendeley para eliminar duplicados e introducir y corregir los datos bibliométricos y de citación. Se diseñó y utilizó una matriz de datos Excel para mapear los datos seleccionados objeto de estudio. Los datos se clasificaron en las siguientes variables: datos bibliométricos y descriptivos de la muestra (autoría, año de publicación, territorio de la muestra, subpoblación, tamaño muestral y distribución de la muestra por género, edad e instituciones de reclutamiento de las muestras), datos de los métodos empleados (diseño, análisis principales y tipo de muestreo), objetivos, resultados relacionados con la interacción consumo de drogas y edad, resultados relacionados con la edad pero no con el consumo de sustancias y conclusiones de los artículos incluidos. Para la agrupación de los objetivos se agruparon los estudios según tres variables. La primera, sobre los resultados generales de los estudios, respondía a si los artículos analizaban el consumo de drogas como factor de riesgo/afectación a niveles: i) orgánicos o físicos, ii) psicológicos o cognitivos, iii) sociales o sociocomunitarios, iv) epidemiológicos u v) otros. La segunda, sobre los resultados de los estudios con base en la sustancia o sustancias analizadas (alcohol, tabaco, cocaína, heroína, cannabis, hipnóticos, sedantes o analgésicos y otras). La tercera, sobre el tipo de abordaje de las drogodependencias o el consumo de drogas que analiza el estudio según fuera: i) tratamiento, ii) prevención, iii) reducción de daños asociados a los consumos de drogas, iv) atención integral y v) políticas. Todas estas categorías se acabaron de definir, ajustándose mientras se llevaba a cabo el análisis.

En el caso de la literatura gris no se incluían necesariamente todos estos apartados, por lo que el análisis de los contenidos se llevó a cabo de forma general.

La revisión fue llevada a cabo por un equipo de doce personas. Cuatro de ellas formaron un equipo motor que coordinó las diferentes fases de la revisión, estableció los criterios de búsqueda, seleccionaron la primera muestra de documentos y eliminaron los duplicados. Además, arbitraron las decisiones de inclusión/exclusión de artículos u otras decisiones relevantes durante el proceso. El resto del equipo participó en las fases de revisión, análisis, procesamiento de resultados y revisión del informe de investigación.

Los artículos científicos se analizaron con independencia de la literatura gris, para la que se creó una subsección específica en el apartado de resultados. Los criterios de inclusión/exclusión de este tipo de documentos fueron idénticos a los establecidos para la literatura científica.

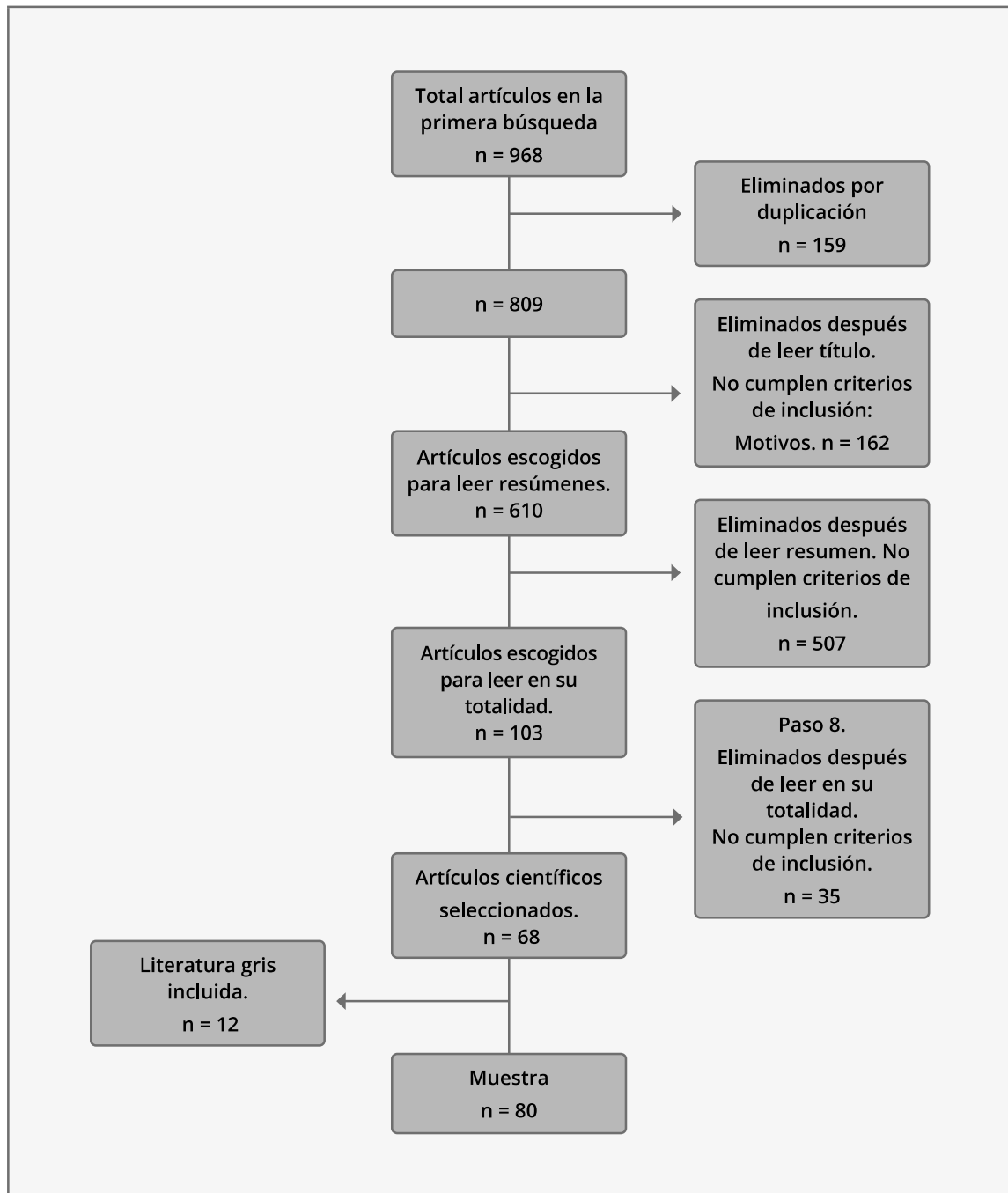
# RESULTADOS

Se encontraron un total de 968 documentos, que se redujeron a 809 una vez se eliminaron 159 duplicados. Tras la lectura del título se excluyeron 199 artículos que: a) no investigaban sobre muestras de sujetos en España (n = 41), b) las muestras comprendían exclusivamente una franja de edad inferior a cuarenta años (n = 73), c) artículos que no analizaban el efecto del consumo de drogas ni las drogodependencias (n = 85). De los 610 restantes se procedió a la lectura de los resúmenes. En esta fase se eliminaron 507 artículos: 52 no investigaban sobre muestras de sujetos en España, en 270 las muestras comprendían exclusivamente una franja de edad inferior a cuarenta años y 185 no analizaban el efecto del consumo de drogas ni las drogodependencias (n = 85). En la última fase se leyeron íntegramente 103 artículos, de los que 35 no cumplieron los criterios de inclusión por los siguientes motivos: 9 no investigaban sobre muestras de sujetos en España, 22 comprendían exclusivamente muestras de personas con una franja de edad inferior a 40 años y 4 no analizaban el efecto del consumo de drogas ni las drogodependencias. Así, la muestra final estuvo conformada por 68 artículos científicos.

Paralelamente, se revisaron 20 documentos categorizados como literatura gris, de los que 8 fueron rechazados por: i) no incluían la variable edad o los datos de edad no estaban desglosados (n = 2), no incluían ninguna información sobre consumo de drogas (n = 2), no incluían datos españoles (n = 1), se trataba de artículos divulgativos (n = 2) o de trabajos de final de máster (n = 1) que incluían las referencias de muestras no españolas o ya incluidos en la muestra de artículos científicos seleccionada. Así, se incluyeron 12 documentos de literatura gris, de los que 9 fueron informes o reportes gubernamentales (Adán et al., 2016; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008, 2017, 2018; Galluzzo y Scafato, 2010; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones., 2019; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020, 2021), 2 fueron tesis doctorales (Martínez Batlle, 2019; Ros Cucurull, 2018) y 1 fue un estudio (Cantos, 2015).

La muestra final estuvo compuesta por 80 documentos. Se puede consultar el flujo de selección de artículos en la figura 1.

Figura 1. Flujograma de selección de artículos



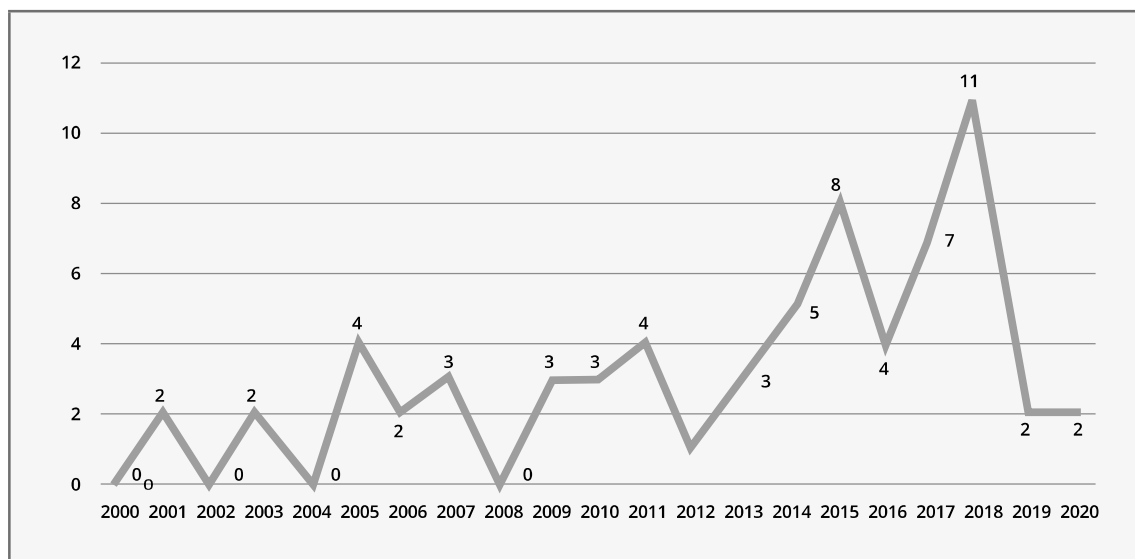
# EXAMINAR LAS FUENTES Y EL USO DE LA EVIDENCIA

## CARACTERÍSTICAS BIBLIOMÉTRICAS Y DE LA MUESTRA DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS SELECCIONADOS

### *Año de publicación*

Se publicaron una media de 3,14 artículos por año (DE = 2,8). Hubo cuatro años en los que no se publicó ningún artículo (2000, 2002, 2004 y 2008) y el año en el que más se publicaron fue 2018 (19,7 % del total de artículos, n = 13) (Avellaneda-Gómez et al., 2018; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; Fuster et al., 2018; Gómez-Méndez et al., 2018; Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018; Molist et al., 2018; Muñoz et al., 2018; Rehm et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018; Villalbí et al., 2018). El 25,8 % (n = 17) se publicaron entre los últimos tres años de la revisión (entre 2018 y 2020) (González-Roz et al., 2019; Romero-Rodríguez et al., 2019; Salazar et al., 2019; Valencia et al., 2020), y el 42,4 % (n = 28) entre los últimos cinco años de revisión (entre 2016 y 2020) (Altamirano et al., 2017; Arribas-Ibar et al., 2017; Ausín et al., 2017; Barrio et al., 2017; Bosque-Prous et al., 2017; Calvo et al., 2018; González-Rubio et al., 2016; Miguel-Arias et al., 2016; Parra-Urbe et al., 2017; Rubio González et al., 2016; Sahuquillo-Arce et al., 2016). En la figura 2 se puede observar la tendencia de publicación por año natural.

**Figura 2. Años de publicación de los artículos científicos**

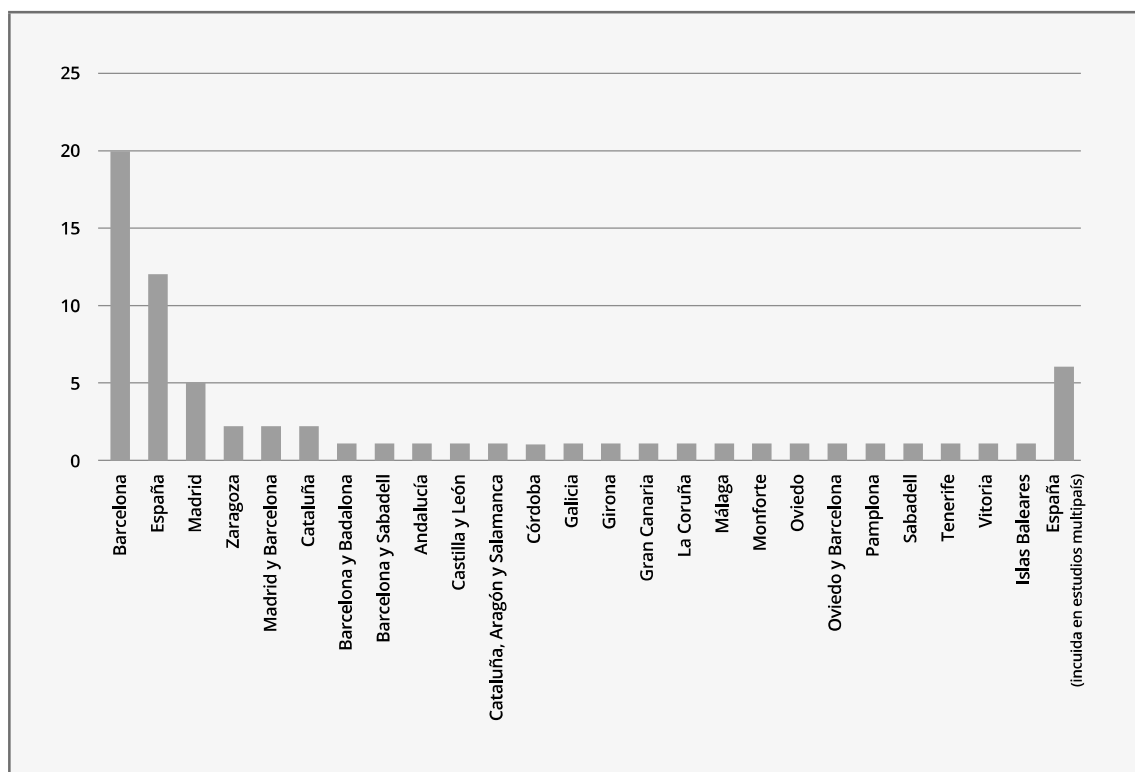




## *Territorio de la muestra*

El 29,4 % de los artículos incluyeron muestras de Barcelona (n = 20) (Altamirano et al., 2017; Ausín et al., 2017; Avellaneda-Gómez et al., 2018; Barrio et al., 2017; Carrillo et al., 2011; Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; Fonseca et al., 2009; Fuster et al., 2018; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Garcia-Vidal et al., 2009; Grau et al., 2014; Grau-Lopez et al., 2014; Guitart et al., 2011, 2015; Márquez et al., 2003; Monras et al., 2005; Morchon et al., 2007; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018; Villalbí et al., 2018), el 17,6 % (n = 12) del total de España (García-Portilla et al., 2010; Gili et al., 2013, 2014; Gili-Miner et al., 2015; Gómez-Méndez et al., 2018; Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018; Rehm et al., 2018; Romero-Rodríguez et al., 2019; Rosón et al., 2010; Sahuquillo-Arce et al., 2016; Salazar et al., 2019; Serra et al., 2003), el 7,3 % (n = 6) de la ciudad de Madrid (Ausín et al., 2017; González-Rubio et al., 2016; Jiménez-Ruiz et al., 2014; Muñoz et al., 2018; Valencia et al., 2020; Valencia-Martín et al., 2007) un 8,8 % (n = 6) del total de España en relación con otros países (Bosque-Prous et al., 2017; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Cordero y Fontanillo, 2015; Cornuz et al., 2006; Värnik et al., 2011). Se publicaron dos artículos con muestras de Zaragoza (Alonso Formento et al., 2007; Nerín et al., 2005), Madrid y Barcelona (de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, y Brugal, 2014; Molist et al., 2018) y Cataluña (Arribas-Ibar et al., 2017; Barrot et al., 2012). Se publicó un artículo con muestras en los siguientes territorios españoles: Andalucía (Ruiz-Pérez et al., 2006), Castilla y León (Rubio González et al., 2016), Córdoba (Pérez-Barquero et al., 2001), Málaga (Madoz-Gúrpide et al., 2013), Galicia (Miguel-Arias et al., 2016), Girona (Calvo et al., 2018), Gran Canaria (Gómez et al., 2007), A Coruña (García-Rodríguez et al., 2011), Monforte (Fernandez-Sobrino et al., 2009), Oviedo (Mancebo et al., 2013), Pamplona (López-Goñi et al., 2015), Sabadell (Parra-Urbe et al., 2017), Tenerife (Jarque-López et al., 2001), Islas Baleares (Pozo, 2015) y Vitoria (González-Pinto et al., 2010). Además, se publicó un artículo en más de un territorio geográfico conjuntamente: Barcelona y Badalona (Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015), Barcelona y Sabadell (Antón et al., 2005), Cataluña, Aragón y Salamanca (Puigdomènech et al., 2015), Oviedo y Barcelona (González-Roz et al., 2019).

**Figura 3. Territorio de reclutamiento de la muestra**



## Subpoblación

El 39,7 % de los artículos incluían subpoblaciones de pacientes atendidos en hospitales (n = 27) (Ausín et al., 2017; Avellaneda-Gómez et al., 2018; Gili et al., 2014; Gili-Miner et al., 2015; Jarque-López et al., 2001; Rosón et al., 2010; Sahuquillo-Arce et al., 2016). Pacientes de cardiología con síndrome coronario agudo asociado al consumo de cocaína y control de orina positivo en cocaína que admitían ser consumidores actuales con frecuencia diaria en el momento de ingreso y personas con síndrome coronario agudo no asociado al consumo y personas con análisis de orina negativo que admitían no ser consumidoras, ser ex consumidoras o consumidoras ocasionales (Carrillo et al., 2011), personas con diagnóstico por trastorno por consumo de alcohol (Barrio et al., 2017; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015; Monras et al., 2005; Pérez-Barquero et al., 2001) donde en Fuster et al. (2018) se especificaba que la duración del trastorno era de un mínimo de diez años de media y el consumo de alcohol de 180 g/día y en otros artículos especificaban la muestra en personas con o sin trastorno por pánico (Márquez et al., 2003), pacientes celíacos y no celíacos (Gili et al., 2013) y pacientes con cirrosis alcohólica clase A o B de Child-Pugh (Mancebo et al., 2013), personas fallecidas por reacción adversa a drogas en Galicia entre los años 1997 y 2011 (Miguel-Arias et al., 2016), pacientes con hepatitis (Altamirano et al., 2017; Serra et al., 2003),

con VIH (Antón et al., 2005; Ruiz-Pérez et al., 2006), que presentaban consumos de hipnóticos y sedantes (Rubio González et al., 2016), con diagnóstico de neumonía adquirida (García-Vidal et al., 2009), con tuberculosis (García-Rodríguez et al., 2011), con enfermedad neumocócica invasiva (Grau et al., 2014) y atendidas por un intento de suicidio (Parra-Urbe et al., 2017).

El 26,5 % de los artículos incluían subpoblaciones de pacientes atendidos en servicios de tratamiento de drogodependencias ambulatorios (n = 18) (Arribas-Ibar et al., 2017; Calvo et al., 2018; Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, y Brugal, 2014; Guitart et al., 2011, 2015; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018), tres de los cuales en unidades especializadas en tabaquismo (Jiménez-Ruiz et al., 2014; Morchon et al., 2007; Nerín et al., 2005), dos artículos incluían muestras de pacientes en programas de mantenimiento con metadona (Fernandez-Sobrino et al., 2009; Fonseca et al., 2009), un artículo incluyó pacientes con cirrosis hepática (Villalbí et al., 2018) y otro a pacientes consumidores de benzodiazepinas (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018). Un artículo incluyó pacientes con dos diagnósticos en el Eje I según criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, n.d.), uno de los cuales era la dependencia del consumo de sustancias (opiáceos, cocaína, alcohol, cannabis, benzodiazepinas y drogas depresoras) y otro según se adscribía a la siguiente agrupación: trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo), trastornos afectivos (trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor) y trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad) (Grau-Lopez et al., 2014), en otro artículo participaron pacientes con trastornos por consumo de alcohol (n = 109) y trastornos por consumo de cocaína (n = 125) que solicitaron tratamiento ambulatorio al programa de tratamiento de adicciones de Proyecto Hombre Pamplona, desde octubre de 2010 hasta julio de 2012 (López-Goñi et al., 2015) y otro artículo incluyó personas consumidoras de heroína y personas consumidoras de cocaína (Molist et al., 2018). Y finalmente un artículo describió la situación de mujeres consumidoras de alcohol (Pozo, 2015).

Un 16,2 % incluyeron a la población general en diferentes franjas de edad como población objeto de estudio (n = 11) (Alonso Formento et al., 2007; Barrot et al., 2012; Bosque-Prous et al., 2017; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Cordero y Fontanillo, 2015; González-Roz et al., 2019; Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018; Muñoz et al., 2018; Salazar et al., 2019; Valencia-Martín et al., 2007; Värnik et al., 2011).

En el 8,8 % de los artículos (n = 6) se incluyeron muestras de personas atendidas en centros de atención primaria de salud (Cornuz et al., 2006; Gómez et al., 2007; Puigdomènech et al., 2015; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018), incluyendo un subgrupo de personas con hipertensión arterial (Rehm et al., 2018), abstemios y consumidores ocasionales (n = 98), bebedores moderados de cerveza (n = 63) y bebedores moderados de todo tipo de bebidas alcohólicas (n = 70) (González-Rubio et al., 2016).

Por último, dos artículos incluyeron muestras de centros ambulatorios de salud mental (García-Portilla et al., 2010) uno de ellos sobre pacientes diagnosticados de trastorno bipolar de tipo I (González-Pinto et al., 2010), un artículo incluyó pacientes en tratamiento residencial de drogodependencias con patología dual (Madoz-Gúrpide et al., 2013), otro a personas atendidas en un servicio de reducción de daños asociados a los consumos de drogas (Valencia et al., 2020) y otro que incluyó una muestra de profesionales de la medicina y la enfermería en centros de atención primaria de salud (Romero-Rodríguez et al., 2019).

## ***Tamaño muestral y distribución por géneros***

El número total de participantes en los estudios fue de 11.269.123, con una media de 176.080 personas por publicación (DE = 959.380; Min = 8 - Max = 5.475.323) y una mediana de 555 personas ( $Q^{25} = 197$ ;  $Q^{75} = 3.101,75$ ). El 54,2 % de las personas incluidas en la muestra fueron mujeres y el 45,8 % hombres. El número total de mujeres participantes fue de 6.041.262, con una media de 99.037 mujeres por publicación (DE = 534.031,0; Min = 2; Max = 2.975.569) y una mediana de 188 mujeres ( $Q^{25} = 57$ ;  $Q^{75} = 1.107$ ). El número total de hombres participantes fue de 5.174.777, con una media de 86.246 hombres por publicación (DE = 452.040,2; Min = 0; Max = 2.499.756) y una mediana de 358 hombres ( $Q^{25} = 127,5$ ;  $Q^{75} = 1.562,75$ ). Tres artículos no incluyeron el número de personas incluidas en la muestra (Cornuz et al., 2006; Rehm et al., 2018; Salazar et al., 2019) y tres artículos no describieron el género (Bosque-Prous et al., 2017; Jarque-López et al., 2001; Molist et al., 2018).

## ***Edad***

Se sumó la información relativa a la edad según esta fuese descrita en los artículos a partir de promedios, medidas de tendencia central y dispersión y rangos. Aunque uno de los criterios de exclusión de los artículos fue la edad (menor de cuarenta años), algunos artículos incluían promedios de edad del total de la muestra inferiores a cuarenta años, pero en alguno de sus resultados comparaban la variable edad con alguna otra variable, dando resultados diferenciados para subgrupos de más de cuarenta años. Así, la edad promedio más joven de los artículos seleccionados fue de 37,9 años (Arribas-Ibar et al., 2017) y la edad promedio más elevada fue de 74,5 años (Avellaneda-Gómez et al., 2018). La edad máxima registrada fue de 102 años (Alonso Formento et al., 2007).

Un total de nueve estudios describieron rangos de edad a partir de los quince años (Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, y Brugal, 2014; Madoz-Gúrpide et al., 2013; Márquez et al., 2003; Miguel-Arias et al., 2016; Molist et al.,

2018; Rubio González et al., 2016; Värnik et al., 2011; Villalbí et al., 2018), dieciséis artículos rangos a partir de 18 años (Arribas-Ibar et al., 2017; Cornuz et al., 2006; Fernandez-Sobrino et al., 2009; Fonseca et al., 2009; Fuster et al., 2018; Gili et al., 2014; Gili-Miner et al., 2015; Gómez et al., 2007; Gómez-Méndez et al., 2018; Grau-Lopez et al., 2014; Guitart et al., 2011, 2015; López-Goñi et al., 2015; Romero-Rodríguez et al., 2019; Valencia et al., 2020; Valencia-Martín et al., 2007), doce artículos rangos a partir de 40 años (Alonso Formento et al., 2007; Altamirano et al., 2017; Antón et al., 2005; Bosque-Prous et al., 2017; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Carrillo et al., 2011; Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015; González-Rubio et al., 2016; Mancebo et al., 2013; Rehm et al., 2018; Sahuquillo-Arce et al., 2016; Serra et al., 2003). y seis artículos rangos a partir de 65 años de edad (Ausín et al., 2017; Muñoz et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, et al., 2018; Rosón et al., 2010).

Por otro lado, un total de cinco artículos incluyeron promedios de edad menores de 40 años (López-Goñi et al., 2015; Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018; Miguel-Arias et al., 2016; Ruiz-Pérez et al., 2006; Valencia et al., 2020), diecinueve artículos promedios de edad entre los 40 y los 50 años (Barrot et al., 2012; Calvo et al., 2018; Fernandez-Sobrino et al., 2009; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Garcia-Portilla et al., 2010; García-Rodríguez et al., 2011; Gili et al., 2013; González-Pinto et al., 2010; González-Roz et al., 2019; Grau et al., 2014; Guitart et al., 2015; Jiménez-Ruiz et al., 2014; Monras et al., 2005; Morchon et al., 2007; Nerín et al., 2005; Parra-Uribe et al., 2017; Puigdomènech et al., 2015; Romero-Rodríguez et al., 2019; Rubio González et al., 2016), cinco artículos promedios de edad de entre 50 y 60 años (Barrio et al., 2017; Gili et al., 2013; Gómez-Méndez et al., 2018; Jarque-López et al., 2001; Pérez-Barquero et al., 2001) y siete artículos promedios de edad de más de 65 años (García-Vidal et al., 2009; Grau et al., 2014; Muñoz et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018; Rosón et al., 2010). Un estudio incluyó población general de 0 a 65 años (Salazar et al., 2019).

## ***Institución de reclutamiento***

La mayor parte de los artículos se llevaron a cabo en hospitales (49,7 %; n = 27) (Altamirano et al., 2017; Antón et al., 2005; Avellaneda-Gómez et al., 2018; Barrio et al., 2017; Carrillo et al., 2011; Fuster et al., 2018; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015; García-Rodríguez et al., 2011; Garcia-Vidal et al., 2009; Gili et al., 2013, 2014; Gili-Miner et al., 2015; Gómez-Méndez et al., 2018; Grau et al., 2014; Jarque-López et al., 2001; Mancebo et al., 2013; Márquez et al., 2003; Miguel-Arias et al., 2016; Monras et al., 2005;

Parra-Urbe et al., 2017; Pérez-Barquero et al., 2001; Rosón et al., 2010; Rubio González et al., 2016; Ruiz-Pérez et al., 2006; Sahuquillo-Arce et al., 2016; Serra et al., 2003), seguido de centros especializados de tratamiento de las de drogodependencias (26,4 %; n = 18) (Arribas-Ibar et al., 2017; Calvo et al., 2018; Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, y Brugal, 2014; Fernandez-Sobrino et al., 2009; Fonseca et al., 2009; Grau-Lopez et al., 2014; Guitart et al., 2011, 2015; López-Goñi et al., 2015; Molist et al., 2018; Pozo, 2015; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018; Villalbí et al., 2018) que incluyeron tres centros especializados únicamente en el tratamiento de la dependencia de la nicotina (Jiménez-Ruiz et al., 2014; Morchon et al., 2007; Nerín et al., 2005), centros de atención primaria de salud (10,6 %; n = 7) (Cornuz et al., 2006; Gómez et al., 2007; González-Rubio et al., 2016; Puigdomènech et al., 2015; Rehm et al., 2018; Romero-Rodríguez et al., 2019; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018), organismos de salud pública (9,1 %; n = 6) (Barrot et al., 2012; Bosque-Prous et al., 2017; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Salazar et al., 2019; Valencia-Martín et al., 2007; Värnik et al., 2011), o comunitaria (6,1 %; n = 4) (Alonso Formento et al., 2007; Ausín et al., 2017; González-Roz et al., 2019; Muñoz et al., 2018), centros de salud mental de adultos ambulatorios (3,0 %; n = 2) (García-Portilla et al., 2010; González-Pinto et al., 2010), una comunidad terapéutica (Madoz-Gúrpide et al., 2013), una unidad móvil de reducción de daños asociados a los consumos de drogas (Valencia et al., 2020) y una aplicación móvil de acceso para la población general (Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018).

En la tabla 2 se puede consultar la información relativa a los datos bibliométricos y de las características de las muestras de los artículos incluidos en la revisión.

**Tabla 2. Resumen de las características bibliométricas y de las muestras de los artículos científicos seleccionados**

#	AUTORÍAS	AÑO	Territorio de la muestra	Subpoblación	n	Género		Edad M (DE); Rango	Institución de reclutamiento
						Hombres	Mujeres		
1	(Alonso Formento et al., 2007)	2007	Zaragoza	Población general	4.638	1.851	2.676	Rango: 60-102	Comunitaria
2	(Altamirano et al., 2017)	2017	Barcelona	Pacientes con hepatitis alcohólica	142	98	44	Rango: 40-57	Hospital
3	(Antón et al., 2005)	2005	Barcelona y Sabadell	Pacientes con VIH	165	134	31	Rango: 50-82	Hospital
4	(Arribas-Ibar et al., 2017)	2017	Cataluña	Pacientes en tratamiento ambulatorio de drogodependencias	511	390	121	37,9; Rango: 18-71	CAS <sup>1</sup>
5	(Ausín et al., 2017)	2017	Madrid	Pacientes hospitalarios	555	269	286	Rango: 65-85	Comunitaria
6	(Avellaneda-Gómez et al., 2018)	2018	Barcelona	Pacientes hospitalarios	555	301	254	63,44 y 74,48 <sup>2</sup>	Hospital
7	(Barrio et al., 2017)	2017	Barcelona	Pacientes hospitalarios con dependencia del alcohol	152	102	50	51,2	Hospital
8	(Barröt et al., 2012)	2012	Cataluña	Población general	490	241	249	46,91; 45,35; 43,28 <sup>3</sup>	Salud Pública
9	(Bosque-Prous et al., 2017)	2017	España <sup>4</sup>	Población general	25.479			Rango: 50-64	Salud Pública
10	(Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Brugal, et al., 2018)	2018	España <sup>5</sup>	Población general	69.509	31.576	37.933	Rango: 50->65	Salud Pública
11	(Calvo et al., 2018)	2017	Girona	Pacientes en tratamiento de drogodependencias	246	190	56	42,6	CAS
12	(Carrillo et al., 2011)	2011	Barcelona	Pacientes hospitalarios cardiología	403	347	56	=/>50	Hospital
13	(Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018)	2018	Barcelona	Pacientes que solicitan tratamiento ambulatorio	389	299	90	Rango: 15-65	CAS
14	(Cornuz et al., 2006)	2006	España <sup>6</sup>	Pacientes de atención primaria de salud	-	-	-	Rango: 20-64	CAP <sup>7</sup>
15	(de la Fuente, Mollist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, Brugal, et al., 2014)	2014	Madrid y Barcelona	Pacientes en tratamiento ambulatorio de drogodependencias	20.730	17.019	3.711	Rango: 15-49	CAS

#	AUTORÍAS	AÑO	Territorio de la muestra	Subpoblación	n	Género		Edad M (DE); Rango	Institución de reclutamiento
						Hombres	Mujeres		
16	(Fernandez-Sobrinó et al., 2009)	2009	Monforte (Galicia)	Pacientes en tratamiento ambulatorio de drogodependencias	43	41	2	42,1; Rango: 27-63	CAS
17	(Fonseca et al., 2009)	2009	Barcelona	Pacientes en tratamiento ambulatorio de drogodependencias	109	74	35	Rango: 31-66	CAS
18	(Fuster et al., 2018)	2018	Barcelona	Consumidores de alcohol	301	240	61	Rango: 39-51	Hospital
19	(Fuster et al., 2015)	2015	Barcelona	Consumidores de alcohol	675	538	137	43,5 (12,3)	Hospital
20	(Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015)	2015	Barcelona y Badalona	Pacientes con dependencia del alcohol	909	730	179	Rango: 38-50	Hospital
21	(García-Portilla et al., 2010)	2010	España	Pacientes en tratamiento en centros ambulatorios de salud mental	194	95	99	46,6 (13,9)	CSM <sup>s</sup>
22	(García-Rodríguez et al., 2011)	2011	A Coruña	Pacientes hospitalarios con tuberculosis	1.891	1.159	732	38,8 en 1991 y 44,1 en 2008	Hospital
23	(García-Vidal et al., 2009)	2009	Barcelona	Pacientes hospitalarios con neumonía adquirida	2.321	1601	720	66,48 y 64,38 <sup>o</sup>	Hospital
24	(Gili et al., 2013)	2013	España	Pacientes hospitalarios celacos y no celacos	5.475.315	2.499.752	2.975.563	Celacos 48,7; no celacos 57,6	Hospital
25	(Gili et al., 2014)	2014	España	Pacientes en admisiones hospitalarias	5.475.325	2.499.756	2.975.569	> 18	Hospital
26	(Gili-Miner et al., 2015)	2015	España	Pacientes hospitalarios	2.685	2.353	332	Rango 35-74	Hospital
27	(Gómez et al., 2007)	2006	Gran Canaria	Pacientes en centros atención primaria	602	271	331	> 18	CAP
28	(Gómez-Méndez et al., 2018)	2018	España	Pacientes en admisiones hospitalarias	56.395	49.646	6.749	50,9; Rango: 20->75	Hospital
29	(González-Pinto et al., 2010)	2010	Vitoria	Pacientes en centro salud mental diagnosticados de trastorno bipolar	95	38	57	44,14	CSM
30	(González-Roz et al., 2019)	2019	Oviedo y Barcelona	Población general	188	67	121	42,9 (12,9)	Comunitaria



#	AUTORÍAS	AÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA							Institución de reclutamiento
			Territorio de la muestra	Subpoblación	n	Género		Edad M (DE); Rango		
						Hombres	Mujeres			
31	(González-Rubio et al., 2016)	2016	Madrid	Pacientes de atención primaria, abstemios y consumidores ocasionales	231	108	123	Rango: 55-85	CAP	
32	(Grau et al., 2014)	2014	Barcelona	Pacientes que padecen enfermedad neuromuscular invasiva	1.378	895	483	67,9; 49,4; 60,2; 49,7 <sup>10</sup>	Hospital	
33	(Grau-Lopez et al., 2014)	2014	Barcelona	Pacientes en tratamiento ambulatorio con patología dual	107	82	25	> 18	CAS	
34	(Guitart et al., 2011)	2011	Barcelona	Pacientes en tratamiento de drogodependencias	7.109	5.437	1.672	Rango: 18-64	CAS	
35	(Guitart et al., 2015)	2015	Barcelona	Pacientes en tratamiento de drogodependencias	7012	5.392	1.620	41,5; Rango: 18-64	CAS	
36	(Jarque-López et al., 2001)	2001	Tenerife	Pacientes hospitalarios (admisiones)	278	-	-	52,65 (hombres) 57,73 (mujeres)	Hospital	
37	(Jiménez-Ruiz et al., 2014)	2014	Madrid	Personas con trastorno por consumo de nicotina	3.622	1.757	1.865	48,11 (11,19)	CAS (tabaquismo)	
38	(López-Goñi et al., 2015)	2015	Pamplona	Pacientes en tratamiento de drogodependencias	234	189	45	37,8 (9,4); Rango: 18-65	CAS	
39	(Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018)	2018	España	Población general	1.657	990	667	37,5 (12,9)	App acceso abierto	
40	(Madoz-Gúrpide et al., 2013)	2013	Málaga	Pacientes en tratamiento residencial con patología dual	325	256	69	> 16	CT <sup>11</sup>	
41	(Mancebo et al., 2013)	2013	Oviedo	Pacientes con cirrosis alcohólica	450	369	81	Rango: 40-75	Hospital	
42	(Márquez et al., 2003)	2003	Barcelona	Pacientes hospitalarios (psiquiatría)	274	56	218	> 16	Hospital	
43	(Miguel-Arias et al., 2016)	2016	Galicia	Personas fallecidas por reacción adversa a drogas	805	734	71	34,34; Rango: 17-56	Hospital	
44	(Mollist et al., 2018)	2018	Madrid y Barcelona	Pacientes en tratamiento ambulatorio de drogodependencias	27.210	-	-	Rango: 15-49	CAS	
45	(Monras et al., 2005)	2005	Barcelona	Pacientes hospitalarios con dependencia del alcohol	198	160	38	49,6	Hospital	

#	AUTORÍAS	AÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA						
			Territorio de la muestra	Subpoblación	n	Género		Edad M (DE); Rango	Institución de reclutamiento
						Hombres	Mujeres		
46	(Pérez-Barquero et al., 2001)	2001	Córdoba	Pacientes hospitalarios (medicina interna) con dependencia del alcohol	162	147	15	50,7	Hospital
47	(Morchon et al., 2007)	2007	Barcelona	Pacientes en tratamiento ambulatorio de drogodependencias	1.516	864	652	44,15 (11,72)	CAS (tabaquismo)
48	(Muñoz et al., 2018)	2018	Madrid <sup>12</sup>	Población general entre 65 y 84 años	3.140	1.550	1.590	73,7; Rango: 65-84	Comunitaria
49	(Nerín et al., 2005)	2005	Zaragoza	Fumadores de unidad de tabaquismo para realizar deshabituación.	167	89	78	43,5 (9,9)	CAS (tabaquismo)
50	(Parrá-Urbe et al., 2017)	2017	Sabadell	Pacientes hospitalarios (urgencias) que intentaban suicidarse	1.241	466	775	40,8 (6,0)	Hospital
51	(Puigdomènech et al., 2015)	2015	Cataluña, Aragón y Salamanca	Pacientes en centros de atención primaria	1.725	865	860	45,5 (13,6)	CAP
52	(Rehm et al., 2018)	2018	España	Pacientes con trastorno por consumo de alcohol con hipertensión	-	-	-	Rango: 40-64	CAP
53	(Romero-Rodríguez et al., 2019)	2019	España	Médicos y enfermeras en un centro de atención primaria	1.760	653	1.107	47,7 (11,24); Rango 26-64	CAP
54	(Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018)	2018	Barcelona	Pacientes en centros de atención primaria	33	21	12	71,0; >65	CAP
55	(Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018)	2018	Barcelona	Pacientes derivados a servicio ambulatorio de drogodependencias	115	61	54	71,57; >65	CAS
56	(Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018)	2018	Barcelona	Pacientes en tratamiento ambulatorio de drogodependencias	33	7	25	73,5 (5,8); >65	CAS
57	(Rosón et al., 2010)	2010	España	Pacientes hospitalizados en salas de medicina interna	1.039	551	488	72,1; 18->83	Hospitales
58	(Rubio González et al., 2016)	2016	Castilla y León	Pacientes hospitalarios (urgencias) consumidores de hipnóticos y sedantes	3.089	1.306	1.779	40,8; 15-54	Hospital
59	(Ruiz-Pérez et al., 2006)	2005	Andalucía	Pacientes hospitalarios en tratamiento antirretroviral para el VIH	320	234	85	39,7	Hospital

#	AUTORÍAS	AÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA							Institución de reclutamiento
			Territorio de la muestra	Subpoblación	n	Género		Edad M (DE); Rango		
						Hombres	Mujeres			
60	(Sahuquillo-Arce et al., 2016)	2016	España	Pacientes hospitalizados	4.304	2.807	1.497	Rango: <45->65	Hospitales	
61	(Salazar et al., 2019)	2020	España	Población general (Datos Instituto Nacional de Estadística)	-	-	-	Rango: 0->65	Salud Pública	
62	(Sierra et al., 2003)	2003	España	Pacientes hospitalarios infectados del Virus de la Hepatitis-C	375	187	188	Rango: <45->65	Hospitales	
63	(Valencia et al., 2020)	2020	Madrid	Usuarios de drogas inyectadas en servicio de reducción de daños	109	0	109	39,0; Rango: 35-47	Unidad móvil <sup>13</sup>	
64	(Valencia-Martín et al., 2007)	2007	Madrid	Población general	12.037	5.850	6.187	18-64	Salud Pública	
65	(Várník et al., 2011)	2011	España <sup>14</sup>	Población general (Datos Instituto Nacional de Estadística)	5091	2511	2.580	15->65	Salud Pública	
66	(Villalbí et al., 2018)	2018	Barcelona	Pacientes en centro de tratamiento ambulatorio de drogodependencias con hepatitis alcohólica	40.957	31.005	9.952	15->65	CAS	
67	(Cordero y Fontanillo, 2015)	2015	España	Población general (diversas fuentes)	-	-	-	0-100	Población general	
68	(Pozo, 2015)	2015	Islas Baleares	Pacientes centro de tratamiento ambulatorio	8	0	8	>55	CAS	

<sup>1</sup> CAS: Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias. Centro de tratamiento ambulatorio público tal y como es denominado en Cataluña.

<sup>2</sup> Promedios correspondientes a consumo excesivo y no excesivo de alcohol respectivamente.

<sup>3</sup> Edad promedio de fumadores habituales, exfumadores y no fumadores respectivamente.

<sup>4</sup> Analiza once países: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Italia, Países Bajos, República Checa, Suecia y Suiza.

<sup>5</sup> Incluye España, Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Luxemburgo, Holanda, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia, Suiza e Israel.

<sup>6</sup> Incluye Canadá, Francia, España, Suiza, EE.UU. y Reino Unido.

<sup>7</sup> CAP: Centro de Atención Primaria de Salud.

<sup>8</sup> CSM: Centro de Salud Mental de Adultos.

<sup>9</sup> M = 66,48 de las personas que han estado más de 8 días hospitalizados; M = 64,38 de las personas que han estado menos o igual de 8 días hospitalizados.

<sup>10</sup> M = del grupo control = 67,9; M = de los fumadores 49,4; M = de los que abusan del alcohol 60,2 y edad M = de los que fuman y abusan del alcohol 49,7.

<sup>11</sup> Comunidad Terapéutica.

<sup>12</sup> Incluye Hamburgo, Madrid, Ferrara, Londres, Jerusalén y Ginebra.

<sup>13</sup> Unidad móvil de reducción de daños asociados a los consumos de drogas.

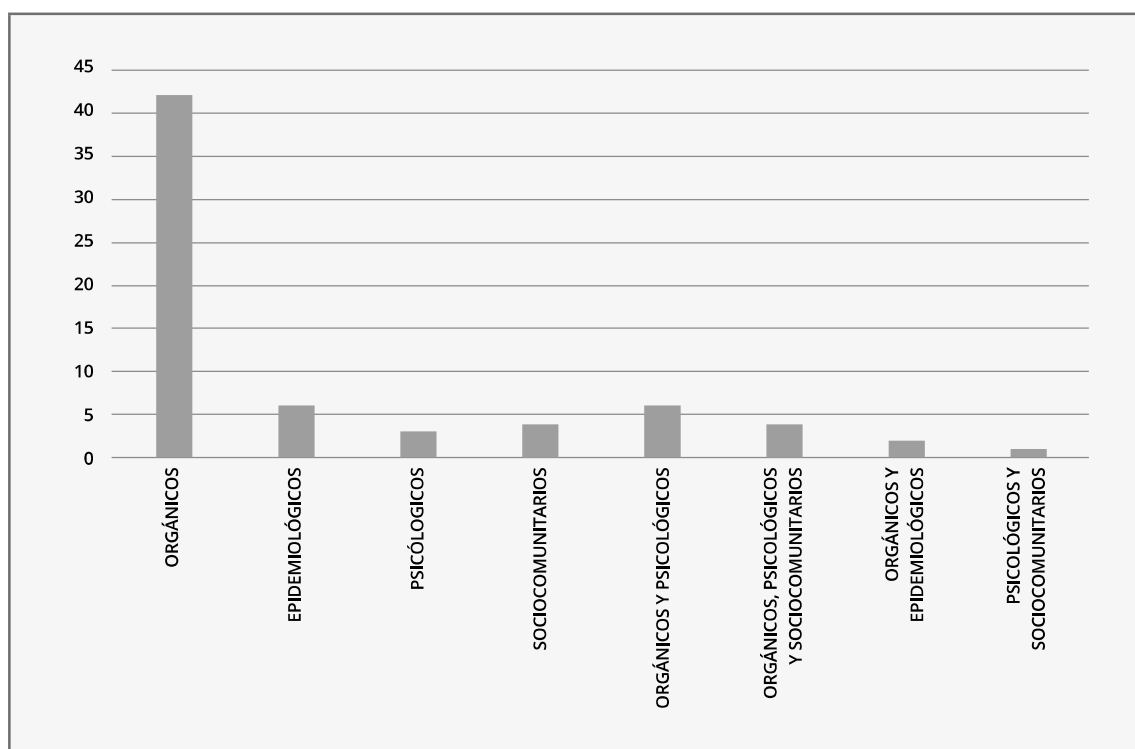
<sup>14</sup> Incluye Bélgica, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Islandia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Escocia, Eslovenia, España y Suiza.

## OBJETIVOS Y MÉTODOS EMPLEADOS EN LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

### *Objetivos de las investigaciones*

Respecto a los factores de riesgo de las investigaciones incluidas, 42 artículos basaban sus objetivos en analizar la afectación o riesgos físicos u orgánicos (Altamirano et al., 2017; Antón et al., 2005; Avellaneda-Gómez et al., 2018; Barrio et al., 2017; Barrot et al., 2012; Bosque-Prous et al., 2017; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Carrillo et al., 2011; Cornuz et al., 2006; de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, y Brugal, 2014; Fernandez-Sobrino et al., 2009; Fonseca et al., 2009; Fuster et al., 2018; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015; Garcia-Portilla et al., 2010; Garcia-Vidal et al., 2009; Gili et al., 2013, 2014; Gili-Miner et al., 2015; Gómez-Méndez et al., 2018; González-Roz et al., 2019; Grau et al., 2014; Guitart et al., 2011, 2015; Jarque-López et al., 2001; Mancebo et al., 2013; Miguel-Arias et al., 2016; Molist et al., 2018; Monras et al., 2005; Morchon et al., 2007; Pérez-Barquero et al., 2001; Puigdomènech et al., 2015; Rehm et al., 2018; Romero-Rodríguez et al., 2019; Rosón et al., 2010; Rubio González et al., 2016; Ruiz-Pérez et al., 2006; Sahuquillo-Arce et al., 2016; Salazar et al., 2019; Valencia-Martín et al., 2007; Värnik et al., 2011), seis artículos factores epidemiológicos (Ausín et al., 2017; Cordero y Fontanillo, 2015; García-Rodríguez et al., 2011; Muñoz et al., 2018; Pozo, 2015; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018), tres artículos la afectación o riesgos psicológicos (Arribas-Ibar et al., 2017; Grau-Lopez et al., 2014; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018), tres artículos riesgos sociocomunitarios (Alonso Formento et al., 2007; Madoz-Gúrpide et al., 2013; Villalbí et al., 2018), seis artículos la combinación de factores orgánicos y psicológicos (Calvo et al., 2018; Gómez et al., 2007; González-Pinto et al., 2010; Jiménez-Ruiz et al., 2014; Nerín et al., 2005; Parra-Urbe et al., 2017), cuatro artículos factores orgánicos, psicológicos y sociocomunitarios (González-Rubio et al., 2016; López-Goñi et al., 2015; Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018; Valencia et al., 2020), dos artículos orgánicos y epidemiológicos (Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; Serra et al., 2003) y un trabajo sobre artículos que combinaban elementos psicológicos y sociocomunitarios (Márquez et al., 2003). Ver figura 4.

**Figura 4. Tipos de factores de riesgo y afectación agrupados**

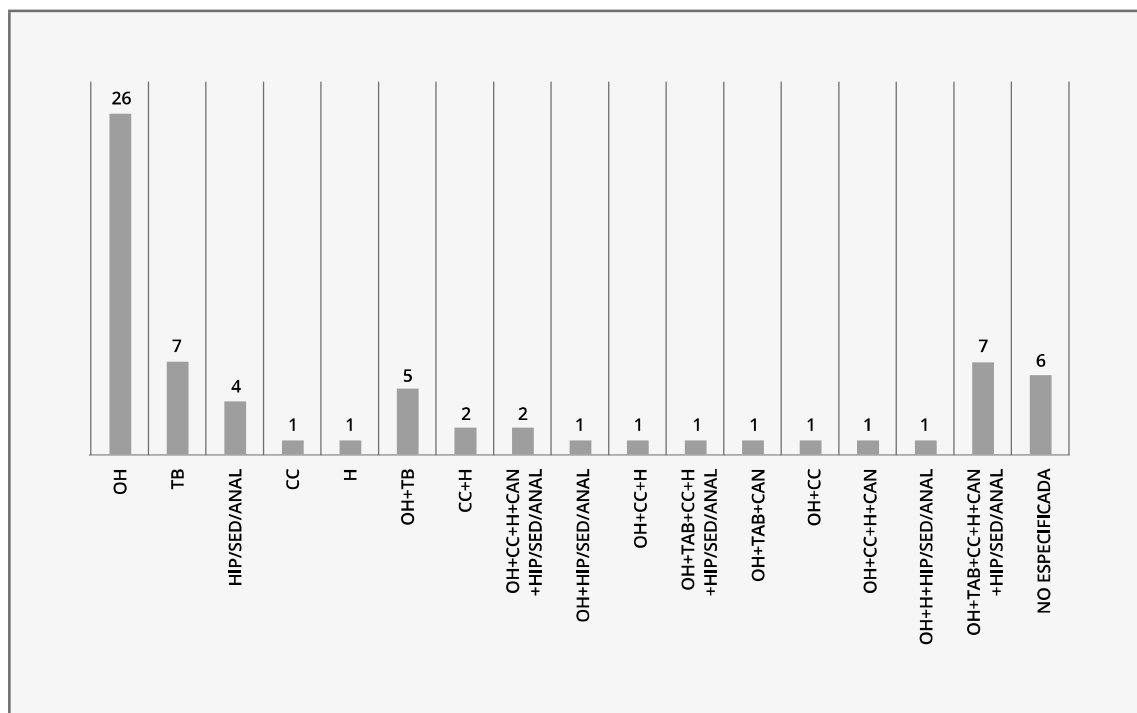


Sobre el tipo de sustancia en la que se basaban los artículos científicos analizados, 26 lo hacían sobre el consumo de alcohol (Altamirano et al., 2017; Barrio et al., 2017; Bosque-Prous et al., 2017; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015; Gili et al., 2013; Gili-Miner et al., 2015; Gómez et al., 2007; Gómez-Méndez et al., 2018; González-Pinto et al., 2010; González-Rubio et al., 2016; Grau et al., 2014; Guitart et al., 2011; Jarque-López et al., 2001; Mancebo et al., 2013; Márquez et al., 2003; Monras et al., 2005; Muñoz et al., 2018; Parra-Urbe et al., 2017; Pérez-Barquero et al., 2001; Rehm et al., 2018; Romero-Rodríguez et al., 2019; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Rosón et al., 2010; Valencia-Martín et al., 2007), siete sobre tabaco (Barrot et al., 2012; Cornuz et al., 2006; González-Roz et al., 2019; Jiménez-Ruiz et al., 2014; Morchon et al., 2007; Nerín et al., 2005; Puigdomènech et al., 2015), cuatro sobre hipnóticos, sedantes o analgésicos (Fernandez-Sobrino et al., 2009; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018; Rubio González et al., 2016; Värnik et al., 2011), uno sobre cocaína (Carrillo et al., 2011) y otro sobre heroína (Salazar et al., 2019) exclusivamente. En seis artículos no se especificaba el tipo de sustancia (Antón et al., 2005; Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; Guitart et al., 2015; Miguel-Arias et al., 2016; Ruiz-Pérez et al., 2006; Serra et al., 2003) y el resto se estudiaban los efectos de combinaciones de drogas: cinco sobre alcohol y tabaco (Ausín et al., 2017; Avellaneda-Gómez et al., 2018; García-Rodríguez et al., 2011; Garcia-Vidal et al., 2009; Sahuquillo-Arce et

al., 2016), dos sobre cocaína y heroína (de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, y Brugal, 2014; Molist et al., 2018), dos sobre alcohol, cocaína, heroína, cannabis e hipnóticos (Fonseca et al., 2009; Grau-Lopez et al., 2014), uno sobre alcohol e hipnóticos (Alonso Formento et al., 2007), uno sobre alcohol, cocaína y heroína (Arribas-Ibar et al., 2017), uno sobre alcohol, tabaco, cocaína, heroína e hipnóticos (Calvo et al., 2018), uno sobre alcohol, tabaco y cannabis (Garcia-Portilla et al., 2010), uno sobre alcohol y cocaína (López-Goñi et al., 2015), uno sobre alcohol, cocaína, heroína y cannabis (Villalbí et al., 2018), uno sobre alcohol, heroína e hipnóticos (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018), y siete sobre todas las sustancias anteriores (Cordero y Fontanillo, 2015; Fuster et al., 2018; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Madoz-Gúrpide et al., 2013; Pozo, 2015; Valencia et al., 2020) incluyendo en un caso anfetaminas (Gili et al., 2014) y, en otro, volátiles inhalantes (Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018). Ver figura 5.

Considerando el tipo de droga de forma individual, el alcohol estuvo presente como sustancia objeto de estudio en el 65,1 % de los artículos (n = 43), seguido del tabaco, que estuvo en el 25,8 % (n = 17), la cocaína (18,2 %, n = 12), el cannabis (12,2 %, n = 8), los hipnóticos, sedantes y analgésicos (9,1 %, n = 6) y la heroína (7,6 %, n = 5).

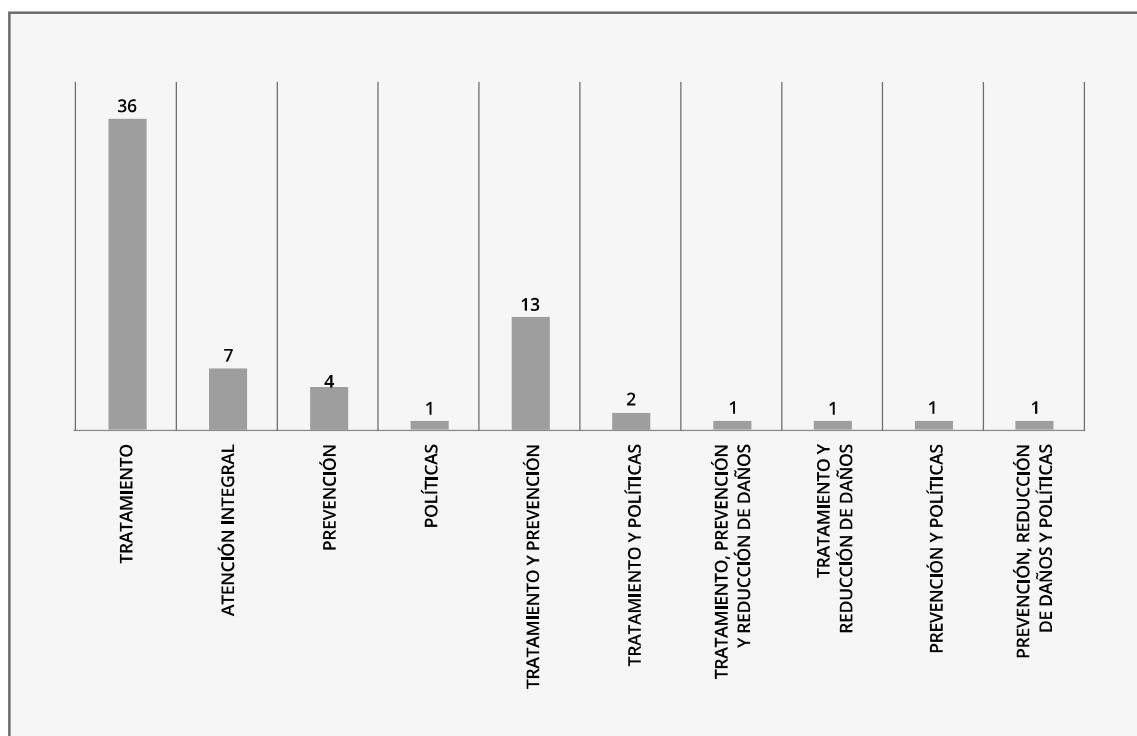
**Figura 5. Tipo de consumo de drogas<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Oh: Alcohol. Tb: Tabaco. Can: Cannabis. CC: Cocaína. H: Heroína. Hip/Sed/Anal: Hipnóticos, sedantes y analgésicos.

Alrededor del eje de especialización que abordó el estudio del fenómeno, 36 de los artículos se situaban en una perspectiva de tratamiento de las drogodependencias (Altamirano et al., 2017; Antón et al., 2005; Barrio et al., 2017; Barrot et al., 2012; Calvo et al., 2018; Carrillo et al., 2011; Cornuz et al., 2006; Fernandez-Sobrino et al., 2009; Fonseca et al., 2009; Fuster et al., 2018; Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015; Garcia-Vidal et al., 2009; Gili et al., 2013, 2014; Gili-Miner et al., 2015; Gómez et al., 2007; Gómez-Méndez et al., 2018; González-Pinto et al., 2010; González-Roz et al., 2019; Grau-Lopez et al., 2014; Guitart et al., 2011; Jarque-López et al., 2001; Jiménez-Ruiz et al., 2014; Madoz-Gúrpide et al., 2013; Mancebo et al., 2013; Monras et al., 2005; Morchon et al., 2007; Nerín et al., 2005; Pozo, 2015; Puigdomènech et al., 2015; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018; Rosón et al., 2010; Ruiz-Pérez et al., 2006; Sahuquillo-Arce et al., 2016; Villalbí et al., 2018), siete en una perspectiva de atención integral (Alonso Formento et al., 2007; González-Rubio et al., 2016; Miguel-Arias et al., 2016; Pérez-Barquero et al., 2001; Romero-Rodríguez et al., 2019; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018) y cinco sobre prevención (Arribas-Ibar et al., 2017; Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018; Rehm et al., 2018; Valencia-Martín et al., 2007). El resto de los artículos combinaron uno o más ejes: trece sobre tratamiento y prevención (Ausín et al., 2017; Avellaneda-Gómez et al., 2018; Bosque-Prous et al., 2017; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Garcia-Portilla et al., 2010; García-Rodríguez et al., 2011; Grau et al., 2014; Guitart et al., 2015; Márquez et al., 2003; Parra-Urbe et al., 2017; Rubio González et al., 2016; Salazar et al., 2019), dos sobre tratamiento y políticas de salud pública (Cordero y Fontanillo, 2015; de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, y Brugal, 2014; Muñoz et al., 2018), un artículo sobre tratamiento, prevención y reducción de daños (López-Goñi et al., 2015), uno sobre tratamiento y reducción de daños (Molist et al., 2018), uno sobre prevención y políticas (Värnik et al., 2011), y uno sobre prevención, reducción de daños y políticas (Valencia et al., 2020). De esta forma, en el 77,9 % de los artículos (n = 53) se abordaban o incluían objetivos que analizaban de forma total o parcial el tratamiento de las adicciones, el 30,9 % la prevención de las drogodependencias o problemas asociados (n = 21), el 10,3 % (n = 7) la atención integral, el 5,9 % (n = 4) las políticas de salud pública y 3 (4,4 %) la reducción de daños asociados a los consumos de drogas. Ver figura 6.

**Figura 6. Ejes de abordaje del consumo de drogas y las drogodependencias en las diferentes publicaciones científicas**



## MÉTODOS USADOS EN LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Con excepción de un caso, cuyo diseño de estudio fue cualitativo (Pozo, 2015), el resto de diseños fueron cuantitativos y observacionales y la mayor parte de ellos transversales ( $n = 53$ ; 77,9 %) excepto un total de 13 (19,1 %) que fueron longitudinales (Altamirano et al., 2017; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015; García-Rodríguez et al., 2011; Guitart et al., 2011, 2015; Molist et al., 2018; Monras et al., 2005; Parra-Urbe et al., 2017; Pérez-Barquero et al., 2001; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018).

Un total de 31 artículos (45,6 %) usaron muestreos probabilísticos (Alonso Formento et al., 2007; Altamirano et al., 2017; Antón et al., 2005; Arribas-Ibar et al., 2017; Ausín et al., 2017; Avellaneda-Gómez et al., 2018; Barrio et al., 2017; Bosque-Prous et al., 2017; Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018; Calvo et al., 2018; Carrillo et al., 2011; Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018; Cornuz et al., 2006; de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, Brugal, et al., 2014; Fuster, Sanvisens, Bolao, Serra, et al., 2015; Gili et al.,



2014; Gómez et al., 2007; López-Goñi et al., 2015; Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018; Molist et al., 2018; Morchon et al., 2007; Muñoz et al., 2018; Nerín et al., 2005; Pérez-Barquero et al., 2001; Puigdomènech et al., 2015; Romero-Rodríguez et al., 2019; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018; Rubio González et al., 2016; Ruiz-Pérez et al., 2006; Valencia-Martín et al., 2007; Värnik et al., 2011) tres artículos no incluyeron una descripción del tipo de muestreo (Rehm et al., 2018; Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018; Serra et al., 2003) y el resto, un total de 33 artículos (48,5 %), usaron muestreos no probabilísticos.

En la tabla 3 se puede consultar la información relativa a los objetivos, al diseño, al análisis principal empleados y al tipo de muestreo de los artículos incluidos en la revisión.

**Tabla 3. Resumen de los objetivos y métodos de los artículos científicos seleccionados**

#	OBJETIVO PRINCIPAL	MÉTODO		
		Diseño	Análisis principales	Tipo de muestreo
1	Describir el consumo excesivo de alcohol en individuos geriátricos y su relación con el tratamiento con psicofármacos.	Cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo.	Análisis descriptivo.	Probabilístico.
2	Validar la hipótesis sobre si el consumo persistente de alcohol en personas con hepatitis alcohólica se asocia a una peor supervivencia a largo plazo, determinando el impacto de la abstinencia e investigando los factores de predicción asociados a la abstinencia.	Cuantitativo longitudinal, observacional, analítico.	Regresión de Cox, regresión logística, árboles de clasificación y regresión (CART).	Probabilístico, estratificado.
3	Analizar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de pacientes infectados por VIH mayores de 50 años en el momento del diagnóstico.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Análisis de supervivencia Kaplan-Meier, test de long rank.	Probabilístico, estratificado.
4	Evaluar la prevalencia de la ideación y los planes suicidas entre las personas consumidoras de drogas ilícitas y su asociación con otros factores contextuales, por sexo.	Cuantitativo, transversal observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para identificar los factores asociados a la ideación o planificación suicida, a través de razones de prevalencia.	Probabilístico, estratificado.
5	Destacar las principales implicaciones del estudio Proyecto MentDis_1CF+65 y la necesidad de adaptar los servicios de salud mental en personas mayores de 65 años.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Tasas de prevalencia y odds ratio con las frecuencias de la muestra, analizadas según sexo y edad.	Probabilístico, muestra aleatoria.
6	Identificar las características clínicas de las hemorragias intracerebrales asociadas al abuso de alcohol y comparar la atención hospitalaria, las complicaciones médicas y los resultados a cinco años según presencia y ausencia de abuso de alcohol.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo bivariado. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student, la prueba U de Mann-Whitney. Comparación de la mortalidad con análisis bivariado y multivariado.	Probabilístico, estratificado.
7	Investigar las correlaciones clínicas a un año, del cribado en orina de EtG positivo, en comparación a EtG negativo.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Curva de supervivencia de Kaplan-Meier, regresión multivariante.	Probabilístico, estratificado.
8	Valorar el rol de la variabilidad genética de los polimorfismos en la dependencia de la nicotina.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Ji-cuadrado de Pearson. Análisis de varianza para comparar la edad al inicio. Análisis de regresión logística múltiple para controlar el efecto de las covariables (edad y sexo).	No probabilístico, muestra por cuotas.
9	Comparar los patrones de consumo de alcohol en personas activas de entre 50 a 64 años, antes de las crisis económicas de 2006 y 2013.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Modelos de regresión de Poisson, ratios de prevalencia del consumo peligroso.	Probabilístico.
10	Estimar la prevalencia del consumo peligroso de alcohol en personas de 50 años o más que tenían o habían tenido cáncer en 17 países europeos e Israel y analizar los factores asociados a su consumo.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Ponderaciones por cada país para garantizar que las muestras resultantes eran representativas de la población de cada país. Modelos de regresión de Poisson.	Probabilístico.

#	OBJETIVO PRINCIPAL	MÉTODO		
		Diseño	Análisis principales	Tipo de muestreo
11	Definir los factores de riesgo asociados al abandono precoz del tratamiento en un centro ambulatorio.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student, U de Mann-Whitney. Modelo de regresión logística binaria por variables predictoras de abandono y retención.	Probabilístico, aleatorio.
12	Analizar la prevalencia y la evolución hospitalaria del Síndrome Coronario Agudo asociado al consumo de cocaína.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, Prueba exacta de Fisher, t de Student. Transiciones logarítmicas.	Probabilístico, estratificado.
13	Conocer la prevalencia de la reactividad en la prueba de la tuberculina y los factores predictivos en población drogodependiente.	Cuantitativo transversal, observacional, descriptivo.	Análisis descriptivo bivariante. Modelo multivariante de regresión logística binaria por las variables significativas.	Probabilístico, aleatorio.
14	Estimar el coste-efectividad de las farmacoterapias de primera línea (chide, pegado, spray, inhalador y bupropión) por edades.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis de sensibilidad por diversas variables de entrada.	Probabilístico, aleatorio.
15	Evaluación de los factores de riesgo de mortalidad y exceso de mortalidad en comparación con la población general, en consumidores de cocaína y heroína y consumidores solo de cocaína de entre 15 y 49 años admitidos en tratamiento de drogodependencias.	Cuantitativo transversal, observacional, descriptivo.	Análisis descriptivo. Estimación de Poisson. Intervalos de confianza con logaritmo natural. Modelos de regresión de Cox bivariados y multivariados. Supuesto de riesgos con la prueba basada en los residuos de Schoenfeld.	Probabilístico, estratificado.
16	Determinar la utilización de benzodiazepinas en pacientes en tratamiento por metadona y compararlo con la literatura existente.	Cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson.	No probabilístico, intencional.
17	Evaluación de la prevalencia del intervalo QTc largo <sup>1</sup> en pacientes con tratamiento de mantenimiento con metadona y factores de riesgo asociados.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Prueba de Chi al cuadrado por las variables categóricas y la prueba exacta de suma de rangos de Wilcoxon para comparar las medias de las variables continuas. Correlaciones bivariadas. Modelo de regresión logística para modelar el riesgo de intervalos QTc prolongados.	No probabilístico, intencional.
18	Analizar los resultados ecográficos de la afectación hepática en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Modelos de regresión logística.	No probabilístico, consecutivo.
19	Análisis del impacto de la infección por VHC en pacientes con trastornos por consumo de alcohol, para comprender mejor el efecto sinérgico en la mortalidad en adultos de mediana edad que buscan tratamiento.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox para analizar los predictores de muerte.	Probabilístico, aleatorio.
20	Estudio sobre la presencia de la anemia en el momento de ingreso de personas con dependencia del alcohol que ingresan para realizar desintoxicación.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox para analizar los predictores de muerte.	No probabilístico, consecutivo.

#	OBJETIVO PRINCIPAL	MÉTODO		
		Diseño	Análisis principales	Tipo de muestreo
21	Describir el impacto del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en el perfil metabólico y el riesgo cardiovascular en pacientes bipolares.	Naturalista, cuantitativo, observacional, transversal, analítico multicéntrico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student, correlación de Pearson.	No probabilístico, por conveniencia.
22	Conocer la epidemiología y los factores de riesgo asociados con la tuberculosis extrapulmonar.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student, prueba exacta de Fisher. Análisis de regresión logística múltiple.	No probabilístico, intencional.
23	Identificar los factores relacionados con una estancia media hospitalaria prolongada (menos de ocho días) en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student.	No probabilístico, intencional.
24	Evaluar el impacto que tienen los trastornos por consumo de alcohol en pacientes hospitalizados diagnosticados de enfermedad celíaca, mediante el análisis de factores como el aumento de las estancias hospitalarias, el exceso de costes y la mortalidad atribuible.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Análisis multivariante de covarianza para determinar el efecto de los trastornos por consumo de alcohol en la duración de la estancia hospitalaria, los costes y la mortalidad de los pacientes.	No probabilístico, intencional.
25	Calcular la asociación entre la incidencia de infarto agudo de miocardio y los trastornos por consumo de cocaína en pacientes ingresados en hospital y determinar la mortalidad, la duración de la estancia y los costes hospitalarios en pacientes con y sin trastornos por consumo de cocaína que habían sufrido un infarto.	Cuantitativo, retrospectivo, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Análisis de regresión logística incondicional, para determinar la asociación entre los trastornos por cocaína y otras adicciones con el infarto y la muerte intrahospitalaria por infarto. Análisis multivariante de covarianza para determinar el efecto de los trastornos por consumo de cocaína sobre la duración de la estancia hospitalaria en días y sobre los costes en pacientes con infarto.	Polietápico.
26	Analizar el impacto de los trastornos asociados al consumo de alcohol en las neumonías neumocócicas adquiridas en la comunidad, en términos de exceso de mortalidad intrahospitalaria, prolongación de estancias y sobrecostes.	Cuantitativo retrospectivo, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Análisis multivariante de covarianza para determinar el efecto de los trastornos por consumo de alcohol en los pacientes con neumonía con respecto a la mortalidad hospitalaria, la estancia y los costes.	No probabilístico, intencional.
27	Comparación de la utilidad diagnóstica de la prueba AUDIT y el AUDIT-C, para detectar bebedores peligrosos entre la población mayor y menor de 65 años en el ámbito de la atención primaria.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher, t de Student	Probabilístico, sistemático.
28	Analizar las características, tasas de incidencia y tendencias en el tiempo de los ingresos hospitalarios asociados al síndrome de abstinencia del alcohol en los hospitales públicos españoles.	Cualitativo, transversal, observacional, analítico.	Las variables cualitativas se describen con frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas con medias de centralización y dispersión.	No probabilístico, intencional.

#	OBJETIVO PRINCIPAL	MÉTODO		
		Diseño	Análisis principales	Tipo de muestreo
29	El objetivo de este estudio fue comparar los resultados a largo plazo de los pacientes bipolares con episodios predominantemente maníacos vs. episodios predominantemente depresivos, y comparar la frecuencia y el curso del abuso de alcohol y otras sustancias comórbidas en estos dos grupos de pacientes durante un periodo de seguimiento de 10 años.	Naturalista, cuantitativo, observacional, analítico, prospectivo.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, prueba U de Mann-Whitney. Modelo de regresión de Poisson para analizar los factores asociados a tener más episodios, más hospitalizaciones y más intentos de suicidio. Modelos de efectos mixtos, ajustados por variables sociodemográficas significativas. Modelos lineales mixtos generalizados, estimación con integración numérica por cuadratura de Gauss-Hermite.	No probabilístico, intencional.
30	Valorar si la <i>delay discounting</i> predice la recaída en el tabaquismo a los seis meses de seguimiento entre personas que dejaron de fumar con éxito después de recibir tratamiento para dejar de fumar.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson. Regresión logística para identificar los predictores estadísticamente significativos de la recaída. Regresión logística múltiple por pasos para detectar predictores de recaída en el seguimiento de seis meses.	No probabilístico, por conveniencia.
31	Estudiar las relaciones de la ingesta de alcohol y el tipo de bebidas consumidas con las conductas de salud y la calidad de vida en las personas mayores.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson. Modelo lineal general univariante (ANOVA) y post-test de Bonferroni. Análisis factorial exploratorio con análisis de componentes principales categóricos para comprender las relaciones entre las catorce variables diferentes de la calidad de vida y las conductas de salud. Modelos lineales generales ajustados por factores de confusión.	No probabilístico, intencional.
32	Determinar la prevalencia del tabaquismo y del abuso del alcohol entre los pacientes adultos que padecen enfermedad neuromuscular invasiva, estratificados por edad y sexo y analizar las principales enfermedades subyacentes, las presentaciones clínicas, el pronóstico y los serotipos de neumocóccos en los fumadores y los alcohólicos con enfermedad neuromuscular invasiva.	Cuantitativo, prospectivo, observacional, transversal.	Análisis descriptivo. Ji-cuadrado de Pearson, t de Student. Regresión logística multivariante para la asociación del abuso del alcohol y el hábito de fumar con la mortalidad.	No probabilístico, intencional.
33	Cuantificar el número de medicamentos utilizados para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y adictivos en un grupo de pacientes ambulatorios con diagnóstico dual y dependencia de sustancias; informar sobre los grupos farmacológicos más frecuentes utilizados.	Cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo.	Análisis descriptivo. U de Mann-Whitney y prueba de Kruskal-Wallis.	No probabilístico, consecutiva.
34	Estimar la mortalidad en pacientes con trastorno por consumo de alcohol y calcular el impacto poblacional que puede atribuirse al mencionado trastorno, haciendo especial énfasis en las diferencias según sexo y edad.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, retrospectivo.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson. Razón estandarizada de mortalidad. Para evaluar el impacto del riesgo de morir se calcula el riesgo atribuible poblacional.	No probabilístico, por conveniencia.

#	OBJETIVO PRINCIPAL	MÉTODO		
		Diseño	Análisis principales	Tipo de muestreo
35	Estimar el exceso de muertes por causas externas entre las personas de 18 a 64 años con trastornos por consumo de sustancias, tratadas en centros públicos de tratamiento ambulatorio, y el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la muerte.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, retrospectivo.	Razón de mortalidad estandarizada indirecta. Prueba Kaplan-Meier y la regresión de Cox por los modelos ajustados. Las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se evalúan a través de la prueba de rangos logarítmicos por el modelo bivariado.	No probabilístico, consecutivo.
36	Analizar la prevalencia, las características clínicas y la mortalidad de los pacientes alcohólicos ingresados en la unidad hospitalaria.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson.	No probabilístico, intencional.
37	Analizar la eficacia para dejar de fumar de diferentes tratamientos en un amplio grupo de fumadores que acudían a un servicio de deshabituación tabáquica y definir combinaciones de variables que permitieran seleccionar el mejor tratamiento posible.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student o ANOVA, prueba U de Mann-Whitney, prueba de Kuskal-Wallis Regresión logística binaria.	No probabilístico, por conveniencia.
38	Explorar las características de una muestra representativa de pacientes con dependencia al alcohol o la cocaína.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student. Regresión logística.	Probabilístico, estratificado.
39	Describir el instrumento ASSIST <sup>2</sup> y analizar los perfiles de los usuarios de drogas, sus patrones de consumo y factores asociados.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student, prueba U de Mann-Whitney. Modelos de regresión logística múltiple para determinar.	Probabilístico, consecutivo.
40	Analizar las variables de las que depende el alta terapéutica en pacientes con patología dual grave, ingresados en una comunidad terapéutica profesionalizada.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student. Regresión logística binaria.	No probabilístico, intencional.
41	Analizar la incidencia y los factores de riesgo de carcinoma hepatocelular en una cohorte de pacientes con cirrosis alcohólica de clase en seguimiento en un programa de detección precoz y analizar riesgos relacionados con características basales de los pacientes.	Cuantitativo, prospectivo, observacional, analítico.	Probabilidad acumulada con Kaplan-Meier. Comparación de curvas de supervivencia con la prueba de log-rank. Índice de Youden. Índice de masa corporal con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Regresión de Cox.	No probabilístico, consecutivo.
42	Estudio sobre la influencia de los factores culturales en el orden de aparición del trastorno de pánico y el trastorno por consumo de alcohol.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student, prueba de Yates, prueba exacta de Fisher.	No probabilístico, consecutivo.
43	Determinar los principales factores de riesgo y/o el perfil de las personas vulnerables de muerte por reacción aguda tras el consumo de drogas en Galicia a lo largo del periodo 1997-2011.	Cuantitativo, observacional, observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student.	Probabilístico, estratificado.

#	OBJETIVO PRINCIPAL	MÉTODO		
		Diseño	Análisis principales	Tipo de muestreo
44	Estudio retrospectivo de evaluación sobre el efecto del envejecimiento y el tiempo transcurrido desde el primer consumo de heroína y cocaína, sobre el riesgo de mortalidad por causas específicas y la disparidad de la edad en el exceso de la mortalidad entre las personas consumidoras de heroína y cocaína en España.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, analítico.	Regresión de Cox de riesgo combinado, modelo de riesgo competitivo por separado por cada causa de muerte, regresión de Joinpoint, fórmula de varianza del logaritmo natural.	Probabilístico, estratificado.
45	Analizar la mortalidad, las re-hospitalizaciones y el uso del servicio de urgencias en pacientes alcohólicos a los cuatro años de su detección en un hospital general.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student. Análisis de la supervivencia a los 4 años según el método de Kaplan-Meier. Regresión de Cox. Regresión logística.	No probabilístico, consecutivo.
46	Analizar la mortalidad de los pacientes alcohólicos crónicos que necesitaron un ingreso hospitalario y analizar la supervivencia de los pacientes e identificar las variables pronósticas para elaborar el índice de riesgo.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, prospectivo, analítico.	Análisis descriptivo. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. Regresión de Cox.	Probabilístico, consecutivo.
47	Conocer si el consumo de los fumadores reincidentes que fueron tratados en una unidad de deshabituación tabáquica fue mayor o menor que el consumo anterior a antes de dejar de fumar y conocer los factores que pueden estar asociados al cambio en el consumo.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student Regresión logística.	Probabilístico, estratificado.
48	Recopilar información descriptiva sobre los patrones de consumo de alcohol, identificar las prevalencias actuales, a los doce meses y a lo largo de la vida del abuso, la dependencia y el trastorno por consumo de sustancias, identificar los principales factores asociados con el consumo de alcohol y el trastorno por consumo de sustancias en la población de entre 65 y 84 años que reside en seis ciudades de países europeos y asociados a Europa.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Modelos de regresión logística ponderada ajustada por la edad, el sexo y la ciudad. Las diferencias entre ciudades se analizaron incluyendo comparaciones ajustadas por Bonferroni. El índice de 12 meses y mayor duración se estimaron como medidas marginales basadas en modelos de regresión lineal.	Probabilístico, estratificado.
49	Evaluar la dependencia psicológica a través de la prueba de Glover-Nilsson y establecer su relación con el éxito a la finalización del tratamiento en tabaquismo.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo, prueba t de Student y gráficos de dispersión.	Probabilístico, estratificado.
50	Investigar los factores de riesgo de reintento y de suicidio tras un intento de suicidio inicial.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Modelos de regresión logística bivariante. Corves de Kaplan-Meier por las variables sociodemográficas y clínicas. Pruebas U de Log-Rank y Wilcoxon. Modelo multivariante de regresión de Cox.	No probabilístico, consecutivo.
51	Valorar la viabilidad de una intervención con TIC para dejar de fumar a partir de la descripción del uso que hace los pacientes de esta tecnología.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student; ANOVA. Pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Regresión logística.	Probabilístico, aleatorio.

#	OBJETIVO PRINCIPAL	MÉTODO		
		Diseño	Análisis principales	Tipo de muestreo
52	Modelar que podría suceder si se aumentara la tasa de conocimiento de la hipertensión y si se introdujera el cribado del consumo de alcohol, con intervenciones breves para el consumo peligroso y perjudicial, y el tratamiento formal de los trastornos por consumo de alcohol.	Cuantitativo transversal, observacional, analítico.	Para estimar el cambio en la distribución de la presión arterial entre la subpoblación de personas con hipertensión, se diseñó una nueva distribución "belly curve" para modelar la distribución asimétrica de la presión arterial entre las personas con hipertensión.	-
53	Estimar la prevalencia del consumo de alcohol y analizar los patrones de consumo entre los proveedores de atención primaria de salud	Cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo, multicéntrico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student	Probabilístico, aleatorio, estratificado.
54	Evaluar el deterioro cognitivo en pacientes ancianos con trastorno por consumo de alcohol y los cambios en el estado cognitivo a los seis meses de seguimiento, logrando o no la abstinencia.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba t de Student o U de Mann-Whitney.	-
55	Evaluar los factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos, y los resultados relacionados con los trastornos por consumo de sustancias en personas de edad avanzada, haciendo énfasis en las diferencias de sexo en las variables.	Cuantitativo, longitudinal, descriptivo, bivariado y multivariado.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student.	No probabilístico, por conveniencia.
56	Evaluar el deterioro cognitivo en pacientes mayores con abuso de benzodicepinas y los cambios en el estado cognitivo a los seis meses de seguimiento.	Cuantitativo, longitudinal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba t de Student y U de Mann-Whitney.	No probabilístico, por cuotas y probabilístico, estratificado <sup>3</sup> .
57	Determinar la prevalencia actual del uso y abuso del alcohol entre los pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna y evaluar los métodos aplicados por el personal médico para evaluar el consumo de alcohol.	Cuantitativo, multicéntrico, prospectivo, observacional, analítico, transversal.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, t de Student. Modelo de regresión logística.	No probabilístico, consecutivo.
58	Valorar el consumo inadecuado de hipnosedantes en la población de Castilla y León a través de los casos detectados en los servicios de urgencia de cuatro hospitales de la comunidad, durante el periodo 2009-2013 y conocer las características epidemiológicas, diagnósticas y resolución de las urgencias atendidas e identificar los fármacos más consumidos y sus asociaciones.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, prueba exacta de Fisher, prueba t de Student. U de Mann-Whitney.	Probabilístico, estratificado.
59	Determinar la asociación de las variables demográficas y psicosociales con la adherencia al tratamiento antirretroviral.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson. Regresión logística.	Probabilístico, estratificado.
60	Evaluar la relación entre la etiología bacteriana de la neumonía adquirida en la comunidad y las comorbilidades de los pacientes, el tabaquismo y el abuso de alcohol.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, prueba exacta de Fisher, U de Man-Whitney.	No probabilístico, por conveniencia.



#	OBJETIVO PRINCIPAL	MÉTODO		
		Diseño	Análisis principales	Tipo de muestreo
61	Investigar la evolución de la mortalidad relacionada con los opiáceos en la población general española desde 2008 hasta 2017 y evaluar las diferencias entre España y los Estados Unidos.	Cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo.	Datos estratificados, tasas brutas y estandarizadas. Tasas absolutas y tasas brutas.	No probabilístico, consecutivo.
62	Evaluar la influencia de la edad y la fecha de adquisición de la infección por el virus de la hepatitis C en la distribución de genotipos y la progresión de la fibrosis en pacientes infectados por el virus; nacidos en España y con residencia habitual en este país.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson, análisis de la varianza (ANOVA), método de Scheffe, prueba de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney.	-
63	Identificar las cuestiones relacionadas con la vulnerabilidad por razón de género en un grupo de mujeres que utilizan drogas, atendidas en un centro de reducción de daños de Madrid.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson.	No probabilístico, consecutivo.
64	Describir la prevalencia y las características del consumo compulsivo de alcohol en la población adulta de Madrid.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson. Regresión logística. Pruebas de Wilcoxon y Kruskal Wallis.	Probabilístico, aleatorio.
65	Revisión de los suicidios por sobredosis de drogas en los últimos años, comparando su prevalencia y los efectos del sexo y la edad en dieciséis países europeos.	Cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo.	Tasas de suicidio ajustadas a la edad y las distribuciones por edad y sexo. Coeficientes de correlación de Pearson.	Probabilístico, estratificado.
66	Proporcionar información sobre las personas tratadas por trastornos por consumo de alcohol durante veinte años en Barcelona y sus tendencias, añadiendo conocimientos sobre la frecuencia del tratamiento desde una perspectiva poblacional.	Cuantitativo, transversal, observacional, analítico.	Análisis descriptivo. Prueba Ji-Cuadrado de Pearson. Modelos de regresión binomial negativa (uno por cada sexo y grupo de edad).	No probabilístico, consecutivo.
67	Describir la situación de salud de personas de edad avanzada y su relación con el consumo de drogas.	Cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo	Descripción de frecuencias absolutas y relativas.	No probabilístico.
68	Analizar los procesos de envejecimiento femenino de personas alcohólicas en los servicios de tratamiento y reinserción.	Cualitativo.	Análisis de discurso.	No probabilístico.

<sup>1</sup> Es el intervalo de tiempo entre el comienzo de la onda Q y el final de la onda T; su prolongación implica la arritmia cardíaca.

<sup>2</sup> Web de cribado de riesgos asociados al consumo de las drogas.

<sup>3</sup> En la elección del grupo control: no probabilístico, muestra por cuotas. Para los pacientes: probabilístico, muestra estratificada.

# PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN ENTRE DROGAS Y EDAD DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE INVESTIGACIONES LLEVADAS A CABO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

El número de artículos científicos llevados a cabo en diferentes unidades del entorno hospitalario implica una alta variabilidad en los resultados obtenidos.

### *Problemas hepáticos*

En pacientes con hepatitis alcohólica, aquellos que fallecieron durante el seguimiento eran de mayor edad al inicio, con una media de edad de 52 años en comparación con los 48 años de los vivos durante el seguimiento. Una mayor proporción de las personas fallecidas durante el seguimiento tenía una larga duración del consumo excesivo de alcohol (>11 años). Así, el factor principal que influyó en la mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica fue seguir consumiendo alcohol. Según el estudio, tener más de 48 años se asoció a una mayor tasa de abstinencia. Esto se podría explicar por la presencia de mayor *craving* en población más joven, por lo tanto, disminución del *craving* a mayor edad. La mortalidad estuvo relacionada con la recaída. Así, Las personas con hepatitis alcohólica mueren jóvenes en general, y las personas los que tenían una historia de más de once años de consumo de alcohol, persistían o recaían en el consumo con más frecuencia. Por otro lado, a más edad se dio menos *craving* y mejor mantenimiento de la abstinencia, por lo tanto, se presentó más protección ante la muerte, aunque la mortalidad sería temprana de todas maneras con respecto la esperanza de vida de la población general. Los autores concluyeron que los tratamientos que promueven la abstinencia deberían iniciarse con más rapidez para las personas hospitalizadas con hepatitis alcohólica (Altamirano et al., 2017).

En un estudio con pacientes hepáticos con trastorno por consumo de sustancias, el 78 % de los pacientes presentaban al menos una alteración morfológica. La prevalencia de la infección por Hepatitis-C en el momento de ingreso fue del 21,2 %. El 49,5 % de la población del

estudio presentaba hepatomegalia, el 16,6 % tenía un hígado heterogéneo y el 16,4 % tenía características ecográficas compatibles con la hipertensión portal. El 76,9 % (n = 220) de los casos presentaba al menos una anomalía ecográfica. De los 92 pacientes con un solo hallazgo ecográfico, la mayoría tenía hepatomegalia (31 %) o esteatosis de leve a moderada (50 %). 128 pacientes (44,8 %) presentaban dos o más anomalías ecográficas; la gran mayoría hígado heterogéneo o hipertensión portal, ambos sugestivos de enfermedad hepática avanzada. 15 pacientes tenían lesiones ocupantes del espacio. La mayoría tenían características como quistes hepáticos, y 2 de los 15 tenían alteraciones morfológicas sugestivas del carcinoma hepatocelular. Los pacientes con infección por Hepatitis C tenían una mayor prevalencia de hígado heterogéneo (25,5 % frente a 14,5 %,  $p = 0,04$ ) e hipertensión portal (27,1 % frente a 13,8 %,  $p < 0,01$ ) que los que no la tenían. Los resultados ecográficos fueron prevalentes en individuos que buscan tratamiento por TCS y los resultados del estudio podrían ayudar a la toma de decisiones clínicas y terapéuticas. La afectación hepática es uno de los principales factores que impactan en la carga de enfermedad en pacientes con consumo de alcohol de riesgo, y la enfermedad hepática suele diagnosticarse en fases avanzadas, incluida la cirrosis hepática descompensada. El consumo continuado de alcohol, por lo tanto, en personas de más edad y con más historia de consumo, se asocia a la progresión de la enfermedad hepática y al mayor riesgo de hepatitis alcohólica. Por lo tanto, el consumo activo de alcohol es una contraindicación formal para el trasplante de hígado. El abandono del consumo de alcohol se asocia a una mayor supervivencia, incluido en pacientes con cirrosis hepática. Los autores consideran que las unidades de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias podrían ser escenarios adecuados para informar a los pacientes sobre las anomalías hepáticas que pueden desencadenar en el abandono del consumo de alcohol (Fuster et al., 2018).

Otro estudio sobre afectación hepática y mortalidad determinó que el alcohol y la infección por el VHC tenían interacciones patogénicas que podían acelerar la progresión de la lesión hepática. En este estudio, casi 1 de cada 4 pacientes con trastorno por consumo de sustancias tenía una infección por VHC. Entre los factores de riesgo de muerte prematura se encontró la edad avanzada (>43 años). El aumento de riesgo de muerte con respecto a la presencia de infecciones víricas también se pudo observar en pacientes más jóvenes ( $\leq 43$  años), ya que estos tenían 3 veces más probabilidades de morir. Así, la infección por VHC da un peor pronóstico del trastorno por consumo de sustancias. El hecho de que el riesgo de mortalidad aumente a una edad menor revela la necesidad de evaluar de manera precoz el trastorno por consumo de sustancias para evitar el deterioro propio de la infección por VHC. La infección por VHC implica un peor pronóstico del trastorno por consumo de sustancias incluso en pacientes más jóvenes y de edad media (Fuster, Sanvisens, Bolao, et al., 2015). Por otro lado, un estudio sobre anemia, enfermedad hepática y mortalidad determinó que los pacientes con anemia tenían mayor edad (46 vs. a 43 años,  $p < 0,01$ ). Así, la edad, la infección por VIH, la enfermedad hepática relacionada con el alcohol y la anemia se asociaron con la mortalidad.

En la cohorte de pacientes con dependencia del alcohol, la muerte cardiovascular fue la tercera causa de muerte, tras las muertes relacionadas con el hígado y el cáncer. La presencia de anemia se relacionó con un riesgo elevado de mortalidad. La asociación entre la anemia y la mortalidad siguió siendo significativa tras ajustar los marcadores como la edad, la infección por VIH, la infección por VHC y la presencia de enfermedad hepática relacionada con el alcohol. Se considera que la anemia indica un mayor riesgo de mortalidad en relación con la edad avanzada. La detección de la enfermedad hepática relacionada con el alcohol podría utilizarse como herramienta para detectar pacientes con dependencia en el alcohol que tienen un mayor riesgo de muerte (Fuster, Sanvisens, Bolao et al., 2015).

Un estudio dirigido a definir los posibles factores de riesgo de desarrollo de carcinoma hepatocelular en pacientes con adicción al alcohol evaluó veinte variables relacionadas con la probabilidad acumulada de aparición de carcinoma hepatocelular a los cinco años por cada variable. La edad media de los pacientes era de 54 años. La edad (de 55 años o más), el recuento de plaquetas, el nivel de bilirrubina y el nivel de albúmina se asociaron significativamente con el desarrollo de carcinoma hepatocelular. La edad avanzada y el bajo recuento de plaquetas se asociaron de forma independiente con el desarrollo de carcinoma hepatocelular y, por lo tanto, son factores de riesgo para su desarrollo en pacientes con cirrosis de cualquier etiología. Un modelo basado en dos simples variables (la edad y el recuento de plaquetas) es capaz de distribuir a estos pacientes en 3 grupos con diferente riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular (Mancebo et al., 2013).

## ***Consumo inyectado, VIH y hepatitis C***

Estudios que analizaban el riesgo del consumo por vía parenteral de drogas descubrieron un aumento de personas mayores de 50 años a las que se les diagnostica el VIH (0,6 %) siendo el principal factor de riesgo el consumo inyectado. Hubo una mayor tasa de infección del VIH en personas de más de 50 años. Aunque clásicamente se ha considerado la infección por VIH como una enfermedad propia de los jóvenes, el estudio aportó datos sobre un cambio observado y traducido en una mayor tasa de infección del VIH en personas de más de 50 años (Antón et al., 2005).

Un estudio con pacientes hospitalarios en tratamiento antirretroviral para el VIH, determinó que el 46,9 % de la muestra había consumido drogas por vía intravenosa alguna vez en la vida, siendo 8,65 años la media de tiempo como consumidor. Una mayor edad y haber estado menos años como consumo de drogas por vía parenteral se asocian a una mayor adherencia al tratamiento antirretroviral. Los pacientes con mayor edad referían un mayor grado de cumplimentación a los fármacos antirretrovirales. Esta mayor adherencia podría darse por un

mayor conocimiento de la combinación farmacológica, la importancia de la toma de la medicación, menor temor social a la enfermedad debido a un aumento de la supervivencia de las personas que la padecen y mayor entendimiento de las instrucciones del médico (Ruiz-Pérez et al., 2006).

En cuanto a pacientes hospitalizados con infección del VHC, se encontraron dos factores independientes que se asociaban a una mayor tasa de progresión de la fibrosis: una mayor edad en el momento del diagnóstico historiológico inicial y un consumo diario de alcohol igual o superior a 60 g. Los factores de envejecimiento (mayor edad en el momento de la infección), el aumento de la duración de la infección, el consumo de alcohol y los antecedentes de transfusiones fueron variables independientes asociadas a la progresión de la fibrosis. El estudio refiere que los genotipos diferentes del 1b comenzaron a aparecer en España alrededor del año 1970 como resultado de la infección por VHC en usuarios de drogas por vía intravenosa. Estos participantes representaron probablemente la fuente de infección más importada de genotipos diferentes del 1b a otros grupos de riesgo. La mayor edad en el momento de la infección, la mayor duración de la enfermedad y el consumo de alcohol mostraron una fuerte asociación con la progresión de la fibrosis (Serra et al., 2003).

### *Otras afecciones tratadas en el entorno hospitalario*

En 81 pacientes con daño cerebral (el 14,6 % de la muestra y con una media de 63,44 años), se identificó un consumo excesivo de alcohol (24,3 % hombres y 3,1 % mujeres). El 63 % tenían hábito de fumar y el 4,9 % utilizaban drogas ilícitas. Los pacientes con consumo excesivo de alcohol eran predominantemente hombres (90,1 %). En comparación al grupo que no presentaba consumo excesivo de alcohol, eran más jóvenes (63 y 74 años), más propensos a ser fumadores, más consumidores de drogas ilícitas. El grupo que consumía alcohol de manera excesiva ( $M = 63,44$  años) tenía menos demencia, fibrilación auricular e hipertensión arterial. El consumo excesivo de alcohol estaba presente en el 14,6 % de los pacientes con hemorragia intracerebral espontánea. Eran predominantemente varones, fumadores y una media de 11 años más jóvenes que el grupo sin hemorragia interna intracerebral (Avellaneda-Gómez et al., 2018).

En pacientes con riesgo de problemas cardiovasculares (infarto de miocardio) de los que se observaba la influencia del consumo de cocaína, el 11,7 % tenían antecedentes de consumo de esta sustancia, y el 5,2 % tenían síndrome coronario agudo por cocaína al momento de ingreso. El número de pacientes que admitían consumo de cocaína aumentó del 6,8 % en 2001 al 21,7 % en 2008. En la prevalencia del consumo de cocaína ajustada por edad se obtuvieron los siguientes resultados: <30 años un 25 %, 30 a 39 años un 20,5 %, 40 a 49 años un 15,2 %, 50 a 59 años un 10,7 %, 60 a 69 años un 6,2 %, 70 años o más un 1,7 %.

de 40 a 44 años un 17,3 % y de 45 a 50 años un 5,5 %. Se concluyó un aumento del consumo de cocaína entre los pacientes con síndrome coronario agudo. Entre el 6 % y el 14 % de los pacientes con dolor torácico relacionado con la cocaína desarrollan un infarto de miocardio. En los pacientes de 55 años, el consumo de tabaco y la dislipidemia fueron los factores de riesgo predominantes, siendo los hombres quienes presentan mayor riesgo. Los autores proponen la realización, incorporada a la práctica clínica habitual, del análisis de cocaína en orina con pacientes con síndrome coronario agudo menores de 50 años (Carrillo et al., 2011).

En pacientes con tuberculosis extrapulmonar, la edad media fue mayor que la de los pacientes con tuberculosis pulmonar, y aumentó con el tiempo. El abuso de alcohol fue menos frecuente en los pacientes con tuberculosis extrapulmonar que en los pacientes con tuberculosis pulmonar, y la proporción de pacientes con abuso de alcohol disminuyó con el tiempo. En el análisis multivariante, el sexo femenino y la edad avanzada se asociaron con la tuberculosis extrapulmonar, El número de mujeres fue mayor en el grupo de más de 52 años (44,4 %). El 21,5 % en personas de más de 52 años, eran fumadores. El abuso de alcohol fue mayor en el grupo de 33-52 años (34,7 %) y disminuyó en los pacientes de >52 años (16,2 %). La edad media de los pacientes con tuberculosis pleural (33,4 años), peritoneal (43,7 años) y meníngea (35,7 años) fue inferior a la de los pacientes con tuberculosis linfática (50,6 años), genitourinaria (52,1 años) y cutánea (52,7 años). Aunque el 27,7 % de todos los pacientes con tuberculosis extrapulmonar tenían más de 60 años, hasta el 39,5 % de los casos de tuberculosis linfática se produjeron en pacientes de más de 60 años. De esta forma, el hábito de fumar y el consumo de alcohol fueron factores de riesgo independientes para la tuberculosis pulmonar. La mayor frecuencia de tuberculosis extrapulmonar con el aumento de la edad de los pacientes, el sexo femenino, así como una menor asociación con el consumo de tabaco y alcohol que la tuberculosis pulmonar hace sospechar que los cambios demográficos y la reducción del consumo de tabaco de la población pueden ser factores que contribuyan a la menor reducción de la tuberculosis extrapulmonar en comparación con la tuberculosis pulmonar (García-Rodríguez et al., 2011).

Un estudio que evaluó la estancia hospitalaria de pacientes con neumonía adquirida determinó que los pacientes ingresados más de 8 días tenían una edad más avanzada (M = 66.48), con mayor frecuencia eran alcohólicos y tenían más enfermedades de base, especialmente enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los factores que independientemente se relacionan con una estancia media prolongada fueron la edad avanzada (+ de 70 años), el abuso de alcohol y la gravedad de la neumonía adquirida. El estudio confirmó que el alcoholismo se puede relacionar con una mayor duración de la estancia media hospitalaria. La neumonía adquirida en pacientes alcohólicos con edades más avanzadas conlleva mayor riesgo de bacteriemia, empiema y retraso en la estabilidad clínica (García-Vidal et al., 2009).

En pacientes con enfermedad celíaca, los pacientes celíacos de sexo masculino con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años presentaron con mayor prevalencia trastornos por consumo de alcohol (19,3 %), mientras que en las mujeres celíacas fue mayor entre la franja de 35 a 44 años (3,6 %). La mortalidad intrahospitalaria de los hombres con enfermedad celíaca y trastornos por consumo de alcohol fue inferior al de las mujeres (3,4 % vs. 4,3 %). La prolongación de las estancias hospitalarias (en días) en pacientes mujeres con enfermedad celíaca y trastornos por consumo de alcohol en comparación a mujeres con enfermedad celíaca sin trastornos por consumo de alcohol es casi el doble que la de pacientes hombres (3,1 días vs. 1,7 días). El estudio mostró que los pacientes con enfermedad celíaca y trastornos por consumo de alcohol tenían una mayor duración de estancias hospitalarias, conllevaban mayores costes durante su estancia hospitalaria y tienen mayores tasas de mortalidad. Estos efectos aumentaban en el caso de ser hombre entre 55 y 64 años o mujer y tener entre 35 y 44 años. El abuso de alcohol y los trastornos asociados al exceso de su consumo empeoraban la evolución y el pronóstico de la enfermedad celíaca y de los trastornos autoinmunes asociados (Gili et al., 2013).

En cuanto a la relación con infartos agudos de miocardio y consumo de cocaína, la prevalencia del infarto agudo de miocardio entre los pacientes con trastornos por consumo de cocaína se duplicó en el grupo de 35 a 44 años, se triplicó en el de 45 a 54 años y se cuadruplicó en el de 55 a 64 años en comparación con el grupo de referencia de <35 años. La prevalencia del infarto agudo de miocardio fue 3 veces mayor en pacientes con trastornos por consumo de cocaína que en los que no tenían estos trastornos cuando el análisis se ajustó por edad, sexo, el resto de las adicciones y las comorbilidades. Los resultados indicaron que los trastornos por consumo de cocaína influyen significativamente en la incidencia del infarto agudo de miocardio, independientemente de la edad, el sexo, el tabaquismo, otras adicciones y las comorbilidades estudiadas. Los resultados mostraron una asociación positiva de la edad con la incidencia del infarto agudo de miocardio, que es mayor entre los pacientes con un trastorno por consumo de cocaína. El grupo de 55 a 64 años tuvo la mayor *odds ratio*, lo que se puede explicar fácilmente por el mayor número de comorbilidades con la edad y el efecto acumulativo del consumo de cocaína y otras sustancias. Estas tendencias muestran en particular el envejecimiento de la generación del “baby-boom”, formada por las personas nacidas entre 1946-1964 (Gili et al., 2014).

Un estudio sobre ingresos hospitalarios a causa de síndrome de abstinencia del alcohol determinó que en el periodo 1999-2010 se registraron en España 56.395 ingresos de pacientes con diagnóstico primario o secundario de síndrome de abstinencia del alcohol, delirio por abstinencia del alcohol (delirium tremens) o alucinosis por abstinencia del alcohol. Del total, 49.646 fueron hombres (88 %) y la mayor concentración de ingresos se produjo en el rango de edad de 40 a 55 años. La edad media por sexo fue de 51,1 años para los hombres (DE = 12,5) y de 49,6 años para las mujeres (DE = 12,7). El predominio de pacientes ingresados con síndrome de abstinencia del alcohol fueron personas del sexo masculino y de grupos de mediana edad (Gómez-Méndez et al., 2018).

Respecto a pacientes con enfermedad neumocócica invasiva, aquellos más jóvenes eran más frecuentemente fumadores que los adultos mayores (71 % de 18 a 49 años, 40 % de 50 a 64 años y 14 % de 65 años,  $p < 0,001$ ). Los hombres eran fumadores con más frecuencia que las mujeres (hombres vs. mujeres): 75 % vs. 63 % de 18 a 49 años,  $p = 0,027$ ; 47 % vs. 29 % de 50 a 64 años,  $p = 0,002$ , y 21 % vs. 3 % de 65 años,  $p < 0,001$  (44 % vs. 22 % por todas las edades,  $p < 0,001$ ). Los adultos más jóvenes con enfermedad neumocócica invasiva también abusaban del alcohol con más frecuencia que los adultos mayores (23 % de 18 a 49 años, 18 % de 50 a 64 años y 6 % de 65 años,  $p < 0,001$ ). Los hombres abusaban del alcohol con más frecuencia que las mujeres (hombres vs. mujeres): 29 % vs. 8 % de 18 a 49 años,  $p < 0,001$ ; 25 % vs. 7 % de 50 a 64 años,  $p < 0,001$ , y 9 % vs. 1 % de 65 años,  $p < 0,001$  (19 % vs. 4 % para todas las edades,  $p < 0,001$ ). En comparación al grupo control, los pacientes que eran fumadores y los pacientes que eran fumadores y abusaban del alcohol eran más jóvenes, con una mayor proporción en hombres, y tenían con más frecuencia ciertas enfermedades subyacentes, como la enfermedad hepática crónica y la infección por VIH. Los fumadores sufrían con más frecuencia neumonía, y los pacientes fumadores y que abusaban del alcohol sufrían de peritonitis. Los pacientes que eran fumadores y los pacientes que eran fumadores y abusaban del alcohol habían recibido con menor frecuencia la vacunación previa con la PPV23, en comparación al grupo de control. Ambos grupos tenían también una tasa de mortalidad más elevada. Los factores de riesgo para la infección neumocócica fueron la edad, las enfermedades inmunodepresoras o enfermedades crónicas, los hábitos de consumo de alcohol y tabaco y las infecciones víricas previas. Los hábitos de tabaquismo y abuso de alcohol son comunes en pacientes con enfermedad neumocócica invasiva, y más prevalentes, que la población en general, particularmente comunes en adultos jóvenes y en hombres (Grau et al., 2014).

Las personas con trastornos por consumo de alcohol y trastorno de pánico tienen una edad más joven al inicio de la aparición del trastorno de pánico. Es más probable que fueran hombres, que tuvieran antecedentes familiares de alcoholismo, que hicieran abuso de otras sustancias y que experimentaran un trastorno de pánico más grave (más ataques en el último mes, mayores puntuaciones de ansiedad anticipatoria). Entre los 26 sujetos con ambos diagnósticos, la edad media de inicio del consumo de alcohol fue de 20,5 años (DE = 8,5), frente a los 28,5 años (DE = 9,8) ( $t = 4,7$ ,  $gl = 25$ ,  $p = 0,001$ ). En el 73,1 % de los pacientes, el inicio del consumo de alcohol fue anterior al del pánico. El 3,8 % de la muestra comenzó a consumir alcohol antes de los 10 años, el 23,1 % lo hizo entre los 10 y los 15 años, el 34,6 % entre los 16 y los 19 años, el 27,0 % entre los 20 y los 30 años, el 7,7 % entre los 30 y los 40 años y el 3,8 % después de los 40 años. La edad de inicio del trastorno de pánico fue menor en el grupo con trastorno por consumo de alcohol y trastorno de pánico (28,5 años) que en el grupo sin trastorno por consumo de alcohol y trastorno de pánico (36,7 años). Las personas con trastorno de pánico y trastornos por consumo de alcohol tienen una edad más joven cuando el trastorno de pánico aparece. Esto puede explicarse por factores culturales (consumo de vino



en España), por un uso de la automedicación para atenuar el efecto de la ansiedad o que los pacientes con un inicio más temprano del trastorno de pánico eran más propensos a utilizar el alcohol como automedicación porque su trastorno era más severo. No consumir alcohol junto con el aumento de la edad podría ser un factor de protección, tanto del desarrollo del trastorno por consumo de alcohol como del trastorno por pánico (Márquez et al., 2003).

Un estudio en pacientes hospitalizados por neumonía concluyó que el tabaquismo y el abuso de alcohol eran mayores entre los pacientes <65 años. El tabaquismo fue un factor de riesgo independiente para distintos tipos de neumonía. Las comorbilidades, el tabaquismo y el abuso del alcohol influyeron en la etiología bacteriana en la neumonía adquirida en la comunidad. En función de la edad, los factores de riesgo entre los mayores fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las hepatopatías y el alcohol. El alcohol modifica tanto el sistema inmunitario como el adaptativo y altera la fagocitosis, lo que hace que las personas con alcoholismo sean más susceptibles a las infecciones (Sahuquillo-Arce et al., 2016).

Finalmente, un estudio sobre evaluación del tratamiento especializado sugirió que los pacientes con EtG positiva tienen una evolución clínica diferente al año siguiente de los pacientes con EtG negativa. La edad avanzada es un predictor de la retención en el tratamiento; a menor edad más riesgo de abandono del tratamiento y mayor riesgo de recaída. El tiempo medio de supervivencia (momento de recaída) en personas con un positivo es de 163 días y de 329 días en personas con EtG negativo. Hubo además un mayor número de días por hospitalización en personas con EtG positivo. El coste medio para pacientes con EtG positivo fue de 2.167 € y para pacientes con EtG negativo de 566 €. Las personas con EtG positivo tenían una probabilidad muy alta de presentar síntomas clínicos de recaída al año siguiente, y a la inversa, el resultado en EtG negativo pronostica una evolución favorable. La edad fue un factor de protección, que pronosticó menos riesgo de abandono del tratamiento con la consecuente disminución del riesgo de recaída (Barrio et al., 2017).

## ***Mortalidad***

En un estudio sobre la neumonía neumocócica adquirida en la comunidad y mortalidad, la mayor parte de las personas con esta enfermedad entre hombres con trastornos por consumo de alcohol fue en el grupo de 45 a 55 años, seguido por el de 55 a 64 años y entre mujeres de 35 a 44 años, seguido del de 45 a 54 años y el de 55 a 64 años. Las tasas de mortalidad fueron mayores en personas de mayor edad (media de edad 60,5 años) principalmente hombres (el 73,3 % de los que fallecieron). Así, las tasas de mortalidad relacionadas con la neumonía neumocócica adquirida en la comunidad de personas con trastornos por consumo de alcohol fueron mayores en personas de mayor edad y principalmente hombres (Gili-Miner et al., 2015).

En estudios sobre casos de mortalidad de bebedores de riesgo durante la hospitalización, la edad media de las 23 personas fallecidas fue de 57,36 años. La edad media de los hombres con consumo excesivo de alcohol que fallecieron fue de 56,9 (DE = 13,7). En 12 casos, la edad en el momento de la muerte era inferior a 65 años, con una pérdida total de 168 años de vida. La edad media de las mujeres consumidoras intensas de alcohol que fallecieron era de 58,8 (DE = 10,4) años; en 4 casos, era inferior a 65 años, con una pérdida de 39 años de vida productiva. Tanto en hombres como en mujeres, la edad en el momento de la muerte era significativamente inferior a la de hombres y mujeres no alcohólicos. La mortalidad del grupo de personas con alcoholismo fue superior a la del grupo de sin alcoholismo, a pesar de la gran diferencia de edad en el momento de la muerte. Los resultados son más sorprendentes entre las mujeres, en las que la mortalidad fue mayor en el grupo con alcoholismo, a pesar de la diferencia de 22 años. La duración de la vida de las mujeres y los hombres con problemática de trastorno por consumo de alcohol se acorta. La ingesta de alcohol influencia en la mortalidad (Jarque-López et al., 2001).

La edad media de muerte por la reacción aguda relacionada con el consumo de drogas fue de 34,34 años (34,8 años en mujeres y 34,4 años en hombres), con un intervalo desde los 17 a los 56 años, y una moda de 30 años. Se aprecia un aumento progresivo de la media de edad a lo largo de los años, pasando de los 29,28 años en 1997 a los 40,03 años en 2011. La muerte por la reacción aguda relacionada con el consumo de drogas constituye una de las principales causas de muerte entre la población drogodependiente. Las muertes tienen especial incidencia en la población relativamente joven (34,3 años). La edad media de las muertes va aumentando a lo largo de los años. La mortalidad por reacción aguda por consumo de drogas presenta una mayor prevalencia entre las personas con una larga trayectoria de consumo y la experiencia, lejos de ser un factor de protección como a priori se podría considerar, parece más un factor de riesgo que se asocia a la mayor vulnerabilidad (Miguel-Arias et al., 2016).

Otro estudio que evaluó la mortalidad en pacientes por los que se solicitaban una interconsulta por consumo de alcohol en la unidad de alcoholología, la media de edad fue de 49,6 años y el 80,8 % eran hombres. Sin diferencias de edad entre hombres y mujeres (50,1 años vs. 47,2 años, respectivamente). Los pacientes con alteraciones neuropsicológicas, psicosociales y familiares eran más jóvenes que los que no presentan alteraciones (48,4 años vs. 52,5 años, respectivamente). El deterioro cognitivo y la negación patológica de problemas con el alcohol se daban en personas mayores (52,4 años vs. 53,1 años, respectivamente), la marginación social o los trastornos psiquiátricos se dan en personas más jóvenes (43,3 años vs. 44,1 años, respectivamente). La edad no se relacionaba con el número ni la frecuencia de ingresos, urgencias o interconsultas previas. La edad se relacionaba con las urgencias posteriores al ingreso analizado: los pacientes que no acuden más a urgencias del hospital son mayores que los que acuden de nuevo (53,1 años vs. 48,2 años, respectivamente). En cuanto a la supervivencia a

los 4 años, la edad en el momento de la muerte es de 57,5 años, con un intervalo de entre 36 y 81 años. La edad de muerte fue temprana (57,5 años). La edad tenía una relación directa con la mortalidad. Los pacientes jóvenes acuden en mayor porcentaje y más veces a posteriores urgencias, a lo que contribuyeron los trastornos psicosociales que presentaban, que podían provocar la aparición de episodios de trastornos agudos del comportamiento que no tributan como ingreso hospitalario. A las personas más jóvenes también se les solicitaba muchas más interconsultas, tanto antes como después del ingreso. La gran mayoría de la mortalidad se explicaba por la gravedad orgánica de los pacientes de mayor edad; también hay un subgrupo de pacientes más jóvenes en el que la causa de muerte podría estar influenciada por la abundancia de trastornos psicopatológicos que sufren y que provocan múltiples rehospitalizaciones. Los tratamientos convencionales del alcoholismo no se han revelado eficaces, debido a que no hay capacidad para cumplirlos cuando se ofrecen a personas con alcoholismo de mayor edad y gravedad y presentan una mayor evolución en el consumo de alcohol (Monras et al., 2005).

En otro estudio sobre mortalidad en el entorno hospitalario, la edad media de las personas con alcoholismo fallecidas fue de 54,5 años, y su supervivencia media de 5,2 años, por lo tanto, la edad media a la que fallecieron fue de 59,7 años. Con cada año que aumenta la edad, el riesgo de muerte se incrementa un 7 %. Las personas alcohólicas solteras, separadas o viudas tienen un riesgo de morir 2,39 veces superior a los casados. La edad de las personas con alcoholismo se asocia a una peor supervivencia de manera significativa. La edad media de muerte de las personas con alcoholismo representa una muerte prematura respecto de la población general (Pérez-Barquero et al., 2001).

En pacientes con intentos de suicidio, y respecto al riesgo de reintento tras el intento de suicidio inicial, los análisis determinaron que la edad, el consumo de alcohol y los trastornos de personalidad presentaban diferencias en el tiempo hasta el reintento de suicidio. Las personas que no volvían a intentar el suicidio tenían más edad (ser mayor de 60 años resultó un factor de protección). Los reintentos de suicidio también tenían más probabilidades de ser diagnosticados de trastornos de la personalidad B (36,8 % frente a 16,6 %;  $p < 0,001$ ), y de trastornos por consumo de alcohol (19,8 % a 13,9;  $p = 0,02$ ). En comparación con los intentos de suicidio que no murieron por suicidio, los intentos de suicidio que sí murieron tenían más probabilidades de presentar trastornos por consumo de alcohol (33,3 % vs. 17,2 %;  $p = 0,047$ ), y de mayor edad ( $M = 50,9$ ;  $DE = 11,9$  vs.  $M = 40,7$ ;  $DE = 16,0$ ;  $p = 0,004$ ). Casi el 90 % de las personas que fallecieron como consecuencia de un suicidio tenían entre 40 y 59 años cuando murieron. Así, el consumo de alcohol y la edad avanzada fueron factores de riesgo de suicidio. La menor edad (dentro del grupo de personas de edad avanzada) y la presencia de un trastorno de la personalidad o de un trastorno por consumo de alcohol son factores de riesgo de reintento en los intentos de suicidio (Parra-Urbe et al., 2017).

## ***Estudios de medicina interna y servicios de urgencias***

En pacientes ingresados en medicina interna, se clasificaron los grupos de edad según distribuciones percentiles: más jóvenes (percentil 25, <65 años) 263 pacientes, medios (percentil 25 a 75, de 65 a 83 años) 492 pacientes y mayores (percentil 75, >83 años) 225 pacientes. Los pacientes más jóvenes abusaron del alcohol con más frecuencia que la media de edad y que los pacientes de más edad. El consumo peligroso y nocivo de alcohol fue más frecuente en los grupos de menor edad que en los de mediana edad y mayor edad. La tasa de pacientes dependientes del alcohol de menor edad fue significativamente mayor que en el grupo de edad media y mayor. El 20 % de pacientes con consumo perjudicial de alcohol tenían más de 75 años. La falta de registro del consumo de alcohol fue más frecuente entre los pacientes de mayor edad y en mujeres. Estos datos sugieren que el paciente típico con un patrón de consumo de alcohol no saludable hospitalizado en una sala médica es un hombre menor de 75 años. El consumo de alcohol y los problemas con la bebida muestran un descenso en la edad avanzada. Los resultados subrayan la necesidad de impulsar la mejora y controlar la calidad de las historias clínicas en relación con el consumo de alcohol, especialmente entre las mujeres y los pacientes de edad avanzada (Rosón et al., 2010).

En cuanto a urgencias hospitalarias relacionadas con hipnosedantes registradas en los 4 hospitales monitorizados de Castilla y León entre 2009 y 2013, hubo 3.089. Fueron pacientes de entre los 31 y los 50 años (M = 40,8 años). El grupo de edad que con más frecuencia acudió a urgencias por el consumo inadecuado y exclusivo de somníferos y sedantes fue de 36 a 40 años, con predominio de las mujeres respecto a los hombres. Entre las características epidemiológicas de las personas que acudieron a urgencias por motivos relacionados con el consumo de fármacos hipnóticos y sedantes, se observa que la mayor parte fueron mujeres de edad media. Fueron factores de riesgo ser mujer, tener una edad comprendida entre los 36 y los 45 años y presentar un episodio previo de urgencias relacionado con el consumo de hipnosedantes (Rubio González et al., 2016).

## ***Resultados y conclusiones de investigaciones llevadas a cabo en servicios o entornos de tratamiento especializado en trastornos por uso de sustancias***

A continuación, se describen los resultados y conclusiones obtenidas en los diferentes artículos que se llevaban a cabo en servicios o entornos que desarrollaban tratamiento especializado para tratar los trastornos por uso de sustancias.

## *Estudios específicos con muestras de personas de edad avanzada*

Las mujeres tenían más riesgo de consumir drogas bajo la influencia de varios factores de estrés (personal familiar y económico). Los hombres tenían más riesgo de problemas cardíacos. Tener antecedentes psiquiátricos, familiares o personales, aumentaba el riesgo de consumo de sustancias. Los hombres tendían a consumir más alcohol, mientras que las mujeres consumen fármacos de prescripción. Los hombres tenían una edad de inicio del consumo más temprana (primera o segunda década de la vida) y, las mujeres, más tardía (quinta o sexta década de la vida). Los hombres están más años en consumo activo y tienden a consumir mayores dosis de drogas a lo largo de su vida. El nivel de *craving* fue mayor en los hombres que en las mujeres. Los hombres tenían más tratamientos previos y admisiones de desintoxicación, mientras que las mujeres tendían a utilizar más tratamientos farmacológicos y un mayor número de medicamentos combinados con psicoterapia. En cuanto a la adherencia al tratamiento y la abstinencia a los 6 meses de seguimiento no se encontró una relación significativa entre hombres y mujeres y se registraron altas tasas de adherencia (94 %) y abstinencia (85 %). El sexo y la edad modificaron las variables de los trastornos por uso de sustancias. Hubo diferencias sociodemográficas y clínicas entre hombres y mujeres de edades mayores al inicio y durante el periodo de seguimiento, y estas diferencias también están presentes por las variables del tratamiento. Estos resultados indicaron que los adultos mayores con trastornos por uso de sustancias tenían necesidades específicas, especialmente las mujeres mayores. Los autores concluyen que es importante realizar intervenciones específicas de gestión, prevención y tratamiento para mejorar la eficacia, incluidos los enfoques integradores y multidisciplinarios (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018).

Otro estudio con adultos mayores en tratamiento determinó que después de 6 meses de iniciar el tratamiento, el 70,8 % consiguieron la abstinencia a las benzodiazepinas. Seis áreas cognitivas presentaron una mejora comparando a los pacientes que lograron la abstinencia de los que seguían en consumo activo. Estos dominios fueron el recuerdo visual inmediato, la copia, el recuerdo visual retrasado, la memoria de trabajo, el aprendizaje verbal inmediato, el total de palabras aprendidas, el cambio de conjunto, la fluidez verbal, velocidad de procesamiento, resolución de problemas, fluidez no verbal y la atención sostenida (CPT-II) en tres áreas: omisiones, variabilidad y perseverancia. Este estudio mostró que existía un deterioro cognitivo en las medidas neuropsicológicas entre los adultos mayores que abusaban de las benzodiazepinas, así como una mejora significativa en los pacientes que conseguían la abstinencia durante el proceso del tratamiento. Los ancianos consumidores de benzodiazepinas afectados por el deterioro cognitivo presentaban un bajo rendimiento en algunos dominios específicos. Estos pacientes presentaban disfunciones de la memoria visual y verbal debido a problemas de evocación y recuperación. Esta alteración de la memoria visual estaba especialmente relacionada con el deterioro visual-constructivo. Estos

resultados indicaron que los adultos mayores podían beneficiarse de un tratamiento específico y tendían a conseguir la abstinencia con mayor frecuencia que la población general en el seguimiento a 6 meses. Los autores concluyen que el uso indebido de las benzodiazepinas en adultos mayores puede producir efectos negativos en las habilidades cognitivas, pero la recuperación es posible con la abstinencia. De este modo, se debería desarrollar un enfoque de tratamiento adaptado y un sistema de prescripción mejorado para evitar daños y ayudar a esta población a recuperar su nivel cognitivo propio de la edad (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, García-Raboso, et al., 2018).

Asimismo, un análisis sobre el proceso de tratamiento de veinte años de seguimiento determinó que las tasas de admisión a tratamiento por trastornos por uso de sustancias fueron mayores en los grupos de edad de 35 a 44 años y de 45 a 54 años. Hubo pocos pacientes en tratamiento menores de 24 años o mayores de 65 años. Se observa un aumento significativo de las tasas de pacientes masculinos que inician tratamiento en todos los grupos de edad, excepto en los de 25 a 34 años y los de 35 a 44 años, que muestran descensos. En el caso de las mujeres, las tasas de tratamiento aumentaron en todos los grupos de edad, excepto en los de 25 a 34 años y los de 35 a 44 años, donde no se observa una tendencia clara. En ambos sexos el aumento parecía más pronunciado por las personas de 45 a 54 años y de 55 a 64 años. Este trabajo contribuye a la cuantificación del uso real del tratamiento especializado para los trastornos por uso de sustancias cuando los servicios son accesibles en un entorno urbano. La mayoría de los pacientes que entran en tratamiento se encuentran en los grupos de edad de 45 a 54 años, con tasas de inicio de tratamiento superiores a 4/1.000. Las tasas de pacientes jóvenes con trastornos por uso de sustancias que entran en tratamiento no están aumentando en la ciudad (Villalbí et al., 2018).

Finalmente, un estudio cualitativo llevado a cabo con mujeres y profesionales en servicios de tratamiento indicó que el consumo femenino se produce a edades más tardías que en el caso de los hombres y presentan mayor comorbilidad psiquiátrica. Para las mujeres, la depresión, la ansiedad y el estrés son desencadenantes del consumo, tienen más probabilidad de haber padecido abusos sexuales o físicos en la infancia y además más probabilidades de padecer abusos físicos por parte de sus parejas en la actualidad. Cuentan con menor apoyo familiar y social y disponen de menos recursos económicos (por lo tanto, más dificultades para acceder al tratamiento). Consumen en mayor medida fármacos hipnóticos y sedantes. En muchas ocasiones la pareja también es consumidora de alcohol en más medida que en el caso de los hombres. Experimentan mayores situaciones de estigmatización y soledad. Así, la edad avanzada y el hecho de ser mujer constituye un elemento de riesgo a la hora de realizar una desintoxicación y un proceso de deshabitación en los servicios de atención. Se debe tener en cuenta las especificidades en las necesidades de las mujeres para diseñar tratamientos más adecuados (Pozo, 2015).

## *Análisis de la mortalidad en servicios especializados en drogodependencias*

La tasa de mortalidad bruta aumentaba significativamente con la edad, tanto entre los consumidores de cocaína como entre los consumidores de cocaína y heroína. En la modelación de las tendencias del exceso de mortalidad por edad mediante una regresión puntual conjunta, no se encuentra una tendencia significativa a la baja con el aumento de la edad entre los primeros, pero sí entre los segundos. Además de la edad, el no tener un trabajo regular y haberse inyectado drogas a lo largo de la vida fueron factores importantes de riesgo de mortalidad. El exceso de mortalidad disminuyó con el aumento de la edad en los consumidores de cocaína y heroína, pero no en los consumidores exclusivamente de cocaína. En las personas consumidoras de cocaína y heroína, el exceso de mortalidad disminuyó con la edad, y se podría explicar por la disminución con la edad del riesgo de sobredosis mortal con opiáceos, como resultado de la experiencia y el aprendizaje, y por la diferencia de supervivencia (las personas más vulnerables mueren más jóvenes) (de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, Brugal, et al., 2014).

En otro estudio, la estimación de mortalidad durante el periodo de seguimiento identificó 557 defunciones, el 7,4 % del total de la población, lo que supuso una tasa de 1,7 por 100 personas/año. El 83,3 % eran hombres y la media de edad de defunción de la cohorte fue de 49,7 años, lo que confirmó la mortalidad prematura de las personas con trastorno por consumo de alcohol. Comparando la tasa de mortalidad por grupos de edad, el riesgo atribuible poblacional indicó que en los grupos de edad más joven había un mayor porcentaje de muertes atribuibles al alcohol. En el grupo de 18 a 24 años fue del 11,1 % de todas las defunciones anuales que se produjeron en el grupo, en el grupo de 25 a 34 años fue del 19,4 %, en el grupo de 35 a 44 años del 5,2 % y, en el grupo de 50 a 64 años, fue del 1,1 %. Este estudio puso de manifiesto que los jóvenes y las mujeres son especialmente vulnerables a una muerte prematura asociada a un trastorno relacionado con el abuso o la dependencia del alcohol, por lo tanto, el sexo y la edad son factores de riesgo (y, a la contra, lo pueden ser de protección) (Guitart et al., 2011).

Respecto a la mortalidad por causas externas, los hombres de ambos grupos de edad tenían en general un historial de consumo de alcohol más largo que las mujeres. La prevalencia del consumo concomitante de cocaína durante los 30 días anteriores al inicio del tratamiento fue mayor entre los individuos más jóvenes, especialmente entre los hombres más jóvenes (32,1 %). La prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica y somática fue mayor entre las mujeres que entre los hombres, tanto en los grupos de edad más jóvenes como en los de mayor edad (68,2 % frente a 58,5 % y 75,5 % frente a 66,5 %, respectivamente). De las 114 muertes por causas externas (lesiones intencionadas o no intencionadas), el 77,2 % eran hombres y el

78 % se produjeron entre los 35 y los 64 años. La edad media de muerte fue de 43,2 años (DE: 9,1 años), sin diferencias entre sexos. En cuanto al exceso de mortalidad por lesiones intencionadas, se observa una mayor ratio de mortalidad estandarizada por autolesiones entre las personas más jóvenes, tanto en hombres (RME = 17,1; IC 95 %: 9,2 a 31,9) como en las mujeres (RME = 35,3; IC 95 %: 8,8 a 141,0). Estos valores son el doble que, en el grupo de edad de 35 a 64 años, en ambos sexos. Entre las mujeres menores de 35 años con trastornos por consumo de sustancias, el exceso de mortalidad fue 31 veces mayor que entre los hombres de la misma edad. En cuanto a las lesiones intencionadas, el exceso de mortalidad por suicidio fue notablemente alto en ambos sexos y grupos de edad, mientras que el exceso de mortalidad por lesiones de tráfico en hombres jóvenes fue solo un 20 % mayor, en comparación a la población general (Guitart et al., 2015).

Asimismo, un estudio con personas drogodependientes sobre ideación autolítica determinó que un 30,1 % de los hombres y un 37,5 % de las mujeres de 41 años o más presentaban ideación o planes suicidas y que la ideación y planificación suicida aumentaba con la edad en los hombres y disminuía en las mujeres (Arribas-Ibar et al., 2017).

### ***Estudios en unidades especializadas en tabaquismo***

En estudios en unidades especializadas en tabaquismo, se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad de las personas sin tratamiento y con otros tipos de tratamiento. La edad o el tipo de refuerzo no mostraron relación con el resultado del tratamiento. Las personas jóvenes, de alrededor de 20 años, con altos niveles de dependencia del tabaco, son muy resistentes al tratamiento. Las personas con baja dependencia del tabaco (puntuación al test de Fagerstorm alrededor de 3) o que fuman su primer cigarrillo más de 30 minutos después de levantarse, lograron dejar de fumar con cualquier modalidad de tratamiento, aunque a edades relativamente avanzadas (a partir de los 60 años) los mejores resultados se obtienen con bupropión y vareniclina. En las personas con niveles altos de dependencia del tabaco y con el aumento de la edad, los tratamientos que mejor funcionan son el bupropión o la vareniclina. Las personas jóvenes (< 20 años) con niveles moderados o altos de dependencia del tabaco son resistentes a cualquier tipo de tratamiento (Jiménez-Ruiz et al., 2014).

Otro estudio sobre tabaquismo determinó que la edad y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son los únicos factores asociados a la reducción del consumo de tabaco que se muestran con una diferencia significativa. Analizando la edad de las personas fumadoras, se encuentra que los mayores de 50 años tienen un mayor porcentaje de reducción (26,6 % frente al 18,2 % de los menores de 50 años), en situación laboral pasiva con alguna patología



concomitante, con un consumo previo de más de 40 cigarrillos al día, con 6 meses o más de periodo de abstinencia en el último intento, fueron las variables predictoras de la reducción del consumo de tabaco en más del 50 %. Los fumadores de más de 50 años tienen un 60 % más de posibilidades de reducción que los más jóvenes. Los fumadores de más de 50 años son el grupo que más éxito tiene a la deshabituación del tabaco (Morchon et al., 2007).

Otra investigación sobre la adicción a la nicotina concluyó que las puntuaciones en la prueba de Glover-Nilsson tendían a disminuir con la edad y, en el test de Fagerström, a aumentar. Los resultados sugirieron que había una tendencia a que los pacientes más jóvenes obtuvieran puntuaciones más altas tanto en la prueba de Glover-Nilsson (resultado *very strong*) como en el de Fagerström (resultado 7,4). Dado que la edad fue la variable que mostró una mayor relación con el test de Glover-Nilsson, se analizó la relación entre la edad y el éxito a los 3 meses, con los 43 años como punto de corte. Los pacientes menores de 43 años tienen puntuaciones más altas en la prueba de Glover-Nilsson y una tasa de éxito más baja a los 3 meses. Los resultados mostraron una relación entre la edad y las puntuaciones del test Glover-Nilsson. Cuando los pacientes fueron clasificados en las 4 categorías del test (leve, moderado, fuerte y muy fuerte), el resultado disminuyó con la edad. El alto grado de dependencia entre los pacientes más jóvenes, que obtuvieron puntuaciones más altas en ambas pruebas, podría explicar la menor tasa de éxito en este grupo. Se encontró una relación directa entre la edad y los intentos previos a dejar de fumar: a mayor edad, más intentos por dejar de fumar. Las mujeres decidieron dejar de fumar más jóvenes que los hombres e iniciaron antes el proceso de cambio (el artículo especifica que sería necesario más estudios que analicen el género para confirmar este hecho). Teniendo en cuenta la relación entre la dependencia y la edad, se concluyó que el factor condicionante es ser menor o ser mayor (edad como factor pronóstico) (Nerín et al., 2005).

### ***Trabajos comparativos entre sustancias en servicios ambulatorios especializados***

En un estudio comparativo entre personas con trastornos relacionados con la cocaína y el alcohol, las personas con adicción a la cocaína eran más jóvenes que los alcohólicos y tenían más probabilidades de ser hombres. En cuanto a las características del abuso de las drogas, las personas con adicción a la cocaína eran más propensas a padecer trastornos por consumo de sustancias que las personas alcohólicas, mientras que estos presentaban una mayor frecuencia de consumo diario. Los pacientes que recibían tratamiento por alcoholismo presentaban una mayor gravedad de la adicción que los que lo hacían por el consumo de cocaína. Los consumidores de alcohol eran de mayor edad, con mayor repercusión familiar (mayor tasa de divorcios) y laboral (menos porcentaje de ocupación) y con un consumo más continuado

(diario, en la mayoría de los casos), mostraron mayor gravedad en términos de estado médico, situación laboral, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico. En el caso de los de cocaína, los pacientes eran más jóvenes, tenían más probabilidades de ser solteros, estaban ocupados en un trabajo remunerado que les permitía consumir cocaína y mostraban un consumo menos frecuente y más centrado en los fines de semana, probablemente asociado al ocio y obtuvieron puntuaciones más altas en términos de consumo general de drogas y situación legal (López-Goñi et al., 2015).

En la comparación entre personas consumidoras de heroína y cocaína (y el análisis del envejecimiento en la historia toxicológica desde el primer consumo), las personas usuarias de heroína eran mayores que las personas usuarias de cocaína. La edad media fue significativamente mayor entre las primeras (33,1 vs. 30,0 años, respectivamente). La causa más frecuente de muerte a los 15-29 años fue la sobredosis por drogas, mientras que a los 40-59 años fueron las causas naturales. Las tasas estandarizadas de muerte fueron mayores a los 40-59 años que a los 15-29 años por todas las causas. El riesgo de sobredosis mortal se mantuvo estable con la edad entre las personas usuarias de heroína y aumentó entre las de cocaína. Las principales causas que influyen al exceso de la mortalidad absoluta por todas las causas para las personas usuarias de heroína fueron la sobredosis a la edad de 15-29 años (66 %) y las causas naturales a la edad de 30-39 años (54 %) y 40-50 años (63 %). Entre las consumidoras de cocaína fueron las lesiones a la edad de 15-29 años (51 %), las sobredosis y las lesiones entre los 30-39 años (40 % y 40 %) y las causas naturales entre los 40-59 años (74 %). Las enfermedades parasitarias representaron más del 30 % de las muertes entre las personas consumidoras de heroína de 30-59 años. La ratio estandarizada fue mayor en las personas jóvenes consumidoras de drogas porque tendrían comportamientos nocivos con la misma o con más frecuencia que las personas consumidoras de mayor edad. Las personas que consumían drogas tenían un riesgo alto de mortalidad por problemas agudos que se pueden prevenir a corto plazo, como la sobredosis o las lesiones, después de los 40 años. Los autores concluyen que se debe mantener un alto nivel de servicios de reducción de daños y de atención sanitaria con las personas que consumen drogas de mayor edad (Molist et al., 2018).

### ***Prescripción de fármacos a personas en tratamiento de drogodependencias***

Un trabajo analizó el uso de las benzodiazepinas de personas en tratamiento del trastorno por uso de opiáceos en programas sustitutivos opioides, el 75 % de las personas que las toman y tienen más de 45 años lo hacen por prescripción para tratar el insomnio. Hay que tomar atención en las personas mayores de 45 años que se encuentran en programa de mantenimiento con metadona y se les prescribe benzodiazepinas atendiendo al elevado riesgo de

sobredosificación asociado a los depresores del sistema nervioso central (Fernandez-Sobrino et al., 2009).

El estudio, cuyo objetivo se dirigía a cuantificar el número de medicamentos utilizados para el tratamiento de los trastornos mentales, informó de que el grupo de pacientes de mayor edad tenía más medicamentos prescritos: 4,4 (DE = 2,1) en el de >45 años vs. 4,0 (DE = 1,7) en el grupo de 26 a 45 años y 3 (DE = 1,2) en el de 18 a 25 años ( $K = 5,9$ ,  $p = 0,05$ ). No se encontraron diferencias relacionadas con el sexo en cuanto al número medio de medicamentos (media = 3,9; DE = 1,8) en los hombres vs. 4,3 (DE = 1,4) en las mujeres ( $U = 802$ ,  $p = 0,09$ ). Se observó que a los pacientes mayores de 45 años se les prescribe un mayor número de medicamentos en comparación a los grupos más jóvenes. El aumento del consumo de medicamentos con la edad puede ser consecuencia de que el curso de las enfermedades empeora de manera progresiva con la edad. No se observan diferencias en cuanto al sexo (Grau-Lopez et al., 2014).

## Otros estudios

En un estudio sobre arritmia cardíaca, la media de edad de las personas que tenían un LQTc (es el intervalo de tiempo entre el comienzo de la onda Q y el final de la onda T; su prolongación implica la arritmia cardíaca) es de 49 años, mientras que la de las personas que tenían un QT normal era de 37. El grupo con LQTc era de mayor edad (mediana; rango del percentil 25-75]: 49; 31-59 [39-56] años vs. 37; 18-66 [33-43] y la dosis diaria de metadona fue de 100; 40-195 [90-135] mg/día vs. 60; 5-400 [43-108] mg/día;  $W=298,5$ ,  $p=0,037$ ). No se observaron diferencias entre los grupos en cuanto al tiempo de tratamiento con metadona, las características sociodemográficas, el consumo de drogas (CC, heroína, THC, OH y benzodiazepinas) o los tratamientos concomitantes. La única variable significativa del análisis de regresión logística multivariante fue la edad, confirmando un mayor riesgo de intervalos QTc prolongados por los consumidores de drogas de mayor edad (Odds), 1,15; IC 95 %: 1,03-1,27). Los factores asociados al LQTc fueron la edad avanzada, la mayor dosis de metadona y el uso de anti-depresivos como la trazodona y la mirtazapina, que se asocian a una QTc prolongada. Los pacientes con QTc superior a los 440 ms tomaron mayores dosis de metadona. Se concluyó que la metadona es un tratamiento seguro, pero se recomienda un cribado rutinario del ECG en pacientes antes de entrar en tratamiento, que presenten factores de riesgo. Debería ser adecuada una reducción de la dosis con un seguimiento clínico o el cambio de la metadona por otros opiáceos de vida media que no afecten al QT (Fonseca et al., 2009).

En un estudio con personas con diagnóstico de adicción a drogas el diagnóstico de tuberculosis a través de la prueba cutánea se asoció al grupo de mayor edad (91 % de asistencia de los pacientes de igual o mayor 40 años, frente al 80,8 % de asistencia de los más jóvenes). Los

pacientes con reactividad en la prueba de la tuberculina eran de mayor edad ( $M = 45,3$  años vs.  $M = 39,8$  años). La prevalencia reactividad en la prueba de tuberculina es mayor en hombres de mayor edad e inmigrantes. La población inmigrante era más joven (hasta dos tercios tenían menos de 40 años) mientras que el 57,3 % de la población autóctona tenía más de 40 años (Castellanos-García y Carrillo-Conde, 2018).

Finalmente, un estudio sobre abandono y retención en el tratamiento en servicios especializados determinó que la edad incrementa la retención de los pacientes en los servicios especializados. La media de edad del grupo que se mantiene en tratamiento es de 45,2 años y la del grupo de personas que abandonan el tratamiento es de 40,9 años (Calvo et al., 2018).

### ***Resultados y conclusiones de estudios conducidos en centros de atención primaria de salud***

Los resultados de los estudios llevados a cabo en centros de atención primaria de salud primaria partieron todos de áreas de estudio distintas. Uno de ellos, sobre el coste efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud de los pacientes de primaria en relación con el consumo de tabaco en diferentes países, analizó el coste por año de vida salvado por una persona de 45 años por asesoramiento, que fue de 190 y 288 dólares para hombres y mujeres en España, el país donde fue más económico. Existe una diferencia entre todos los países y farmacoterapias en relación con el coste-eficacia entre hombres y mujeres, directamente ligada al riesgo de mortalidad causada por el tabaquismo. Para las personas fumadoras de más edad, la mayor probabilidad de mortalidad antes de la obtención de todos los beneficios de dejar de fumar disminuye la rentabilidad. El coeficiente de rentabilidad fue más alto entre las personas de 20 a 34 años y más bajo entre las de 35 a 49 años, debido a la curva de mortalidad relacionada con el tabaquismo. La curva de la mortalidad relacionada con el tabaquismo es más pronunciada en el caso de los hombres debido a una mayor carga de muertes y enfermedades causadas por el tabaquismo; esta carga es mayor que en mujeres debido a un mayor consumo (más cigarrillos ahumados de media). Los hombres obtienen más unidades de beneficio (años de vida salvados) en el abandono del tabaco que las mujeres, lo que hace que la intervención sea más rentable para los hombres que por las mujeres (Cornuz et al., 2006).

Un estudio sobre consumo peligroso de alcohol en personas de edad avanzada determinó que, en el grupo de ancianos, el consumo medio semanal de alcohol fue de 83 g (DE = 248), y el 10 % ( $n = 18$ ) se clasificó como consumo peligroso. En el grupo de mayor edad, las sensibilidades y especificidades para la detección de bebedores peligrosos fueron del 67 % y 95 % por el AUDIT, del 100 % y 81 % por el AUDIT-C y del 39 % y 97 % por el CAGE, respectivamente.

Las curvas AUROC fueron de 0,97 por el AUDIT, 0,9 por el AUDIT-C y 0,85 por CAGE. El nivel de consumo, así como las tasas de bebedores peligrosos, son menores en pacientes de 65 años o más, aunque la diferencia con el grupo de edad más joven no llegó al nivel de significación estadística. La mayoría de las investigaciones coinciden en que la cantidad consumida es menor entre los ancianos. Aunque hay factores que contribuyen a la disminución del consumo entre los ancianos (como la mayor susceptibilidad de sufrir males orgánicos, las afecciones comórbidas y la polifarmacia) hay otros que podrían provocar un alcoholismo de inicio tardío (nuevos casos surgidos en edad avanzada), por ejemplo, factores de estrés como la jubilación y el duelo. La cantidad que define a los ancianos como bebedores peligrosos debería ser razonablemente menor, debido a los cambios metabólicos relacionados con la edad (es decir, mayor proporción de tejido graso, menor capacidad enzimática y mayor sensibilidad cerebral a sustancias depresoras). Además, las tasas de morbilidad pueden conducir a una presentación anterior, y a veces más prominente, de los problemas relacionados con el OH. Según los datos del estudio, el AUDIT es menos eficaz para detectar bebedores peligrosos ancianos, mientras que el CAGE funciona mejor, aunque las diferencias encontradas no llegan a un nivel estadísticamente significativo. Tanto el AUDIT como el AUDIT-C se comportan bien en la detección de los bebedores peligrosos en el grupo de mayores de 65 años, y las sensibilidades y especificidades no muestran diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan con las edades más jóvenes.(Gómez et al., 2007).

Por otro lado, en el estudio de González-Rubio et al. no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de consumo de alcohol con respecto a la edad. Incluso los resultados mostraron que el consumo moderado de alcohol, y en particular de vino, se asociaba a un estilo de vida más activo en sujetos de edad avanzada (González-Rubio et al., 2016).

Otro estudio con personas de edad avanzada determinó que, de los 102 pacientes mayores de 65 años atendidos en la unidad, 63 pacientes buscaban tratamiento por el consumo de alcohol, mientras que 39 pacientes informaron de otros trastornos por consumo de sustancias. De los 63 pacientes con consumo peligroso de alcohol, 21 (33 %) refirieron abstinencia del alcohol en los últimos 6 meses. Los participantes de la muestra de referencia (n = 33) tenían una media de edad de 71 años y se compararon con un grupo muestra (n = 31) de voluntarios sanos, ajustados por edad, sexo y nivel de estudios. Los pacientes mostraron deficiencias cognitivas en diversas medidas en comparación con el grupo de muestra en la línea de base: recuento visual inmediato, recuerdo visual retardado, memoria de trabajo complejo, aprendizaje verbal inmediato, total de palabras aprendidas, cambio de conjuntos y atención sostenida. Después de 6 meses de tratamiento, 29 pacientes consiguieron la abstinencia al alcohol (93,5 %). Hubo una tendencia a la mejora en las puntuaciones medias directas de todas las áreas cognitivas cuando se consiguió la abstinencia. Cuando se comparó la reevaluación de los pacientes con el grupo sano en la línea basal, los resultados mostraron una tendencia

a la normalización en todas las puntuaciones, excepto en los resultados de los dominios de variabilidad y perseverancia. Este estudio señaló un deterioro cognitivo en muchas áreas secundarias al consumo peligroso de alcohol a largo plazo en adultos mayores y una tendencia a la mejora en pacientes que consiguieron la abstinencia durante seis de tratamiento. Una abstinencia más prologada podría presentar mejores resultados. Los investigadores, pues, consideraron que había que seguir investigando y comprendiendo el deterioro cognitivo en consumidores peligrosos de la tercera edad para conseguir enfoques de tratamiento más temprano y específico y una mejor coordinación con otros servicios sanitarios adaptados a esta población. Los adultos mayores consiguieron la abstinencia con más frecuencia que la población general. Por ello, es necesario desarrollar un enfoque de tratamiento adaptado para tratar de recuperar las habilidades cognitivas propias de su edad (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018).

Un estudio sobre presión arterial en personas de edad avanzadas consideró que si el 50 % de los hombres españoles de entre 40 y 64 años tuvieran información de su condición y recibieran intervenciones para cambiar la distribución de su presión arterial, y si el 50 % de las personas con hipertensión que tenían problemas de consumo de alcohol recibieran intervenciones sobre el consumo peligroso o perjudicial, el porcentaje de hipertensión no controlada entre los hombres con hipertensión disminuiría del 61,2 % al 55,9 %, (un 8,6 %). Las intervenciones sobre el alcohol contribuyeron a un tercio de este efecto. En el caso de las mujeres, estas intervenciones disminuirían el porcentaje de mujeres del mismo grupo de edad con hipertensión no controlada en un 7,4 %, reduciendo la proporción de mujeres en la población general del 17,8 % al 16,5 %. Las intervenciones sobre el alcohol contribuyen a un 40 % de este efecto. En el plazo de un año podrían evitarse 412 de las 9.912 muertes cardiovasculares en el grupo de edad de 40 a 64 años. Los autores consideran que las intervenciones breves sobre el consumo nocivo y peligroso del alcohol y el tratamiento o la derivación a un tratamiento especializado por trastornos de consumo de alcohol prometen beneficios para la salud pública en términos de reducción de los niveles de presión arterial y enfermedades cardiovasculares. Se ha podido demostrar que hasta el 17 % de la hipertensión existente en hombres y el 15 % en mujeres se podría controlar si se reduce al máximo la falta de concienciación y se inician intervenciones respecto al consumo de alcohol. El escenario principal podría evitar más de 400 muertes cardiovasculares en el plazo de un año, principalmente en hombres (Rehm et al., 2018).

Un estudio analizó las potencialidades del uso de la tecnología de la información y la comunicación para desarrollar intervenciones de salud desde atención primaria. Así, al comparar a las personas no usuarias de tecnologías de la información y la comunicación (n = 269) con las usuarias de como mínimo un tipo (n = 1456), las personas usuarias que sí las usaban tendían a ser hombres, de entre 18 y 45 años, trabajadores no manuales, con un nivel educativo más

alto. Las mujeres de entre 18 a 45 años, con nivel educativo más alto, las utilizaban con más frecuencia. La edad fue un predictor fuerte de la frecuencia del uso del correo electrónico. El estudio mostró que Internet, el correo electrónico y los mensajes de texto eran ampliamente utilizados, especialmente entre la población menor de 45 años, mujeres, de clase social más favorecida, de mayor nivel educativo y con menos consumo de tabaco. De esta manera, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el tratamiento por deshabituación del tabaco en población mayor de 45 años no es tan efectivo, en comparación a la población de menos de 45 años (Puigdomènech et al., 2015).

Finalmente, en un estudio realizado con profesionales de la atención primaria se encontró relación entre la edad y la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas. Los profesionales de mayor edad tendían a beber con más frecuencia. Por el contrario, los profesionales médicos más jóvenes bebían un mayor número de bebidas en un día típico. El consumo excesivo de alcohol fue más frecuente entre el personal médico de atención primaria más jóvenes. Las variables asociadas a la ingesta de alcohol son la edad, el sexo (hombres) y el tipo de personal (mayor ingesta de alcohol entre los médicos residentes y en los de atención primaria). El personal sanitario presentaba un consumo de riesgo más elevado que el de la población general que se explica por la edad, el sexo, el tipo de proveedor de salud, tiempo de trabajo o el hecho de ser formador. La ingesta de alcohol detectada en los profesionales de la salud aumentó con la edad, destacando que los participantes más jóvenes bebían un mayor número de bebida en un día típico. Este mayor número de bebidas consumidas por la población más joven se correlaciona con la creciente prevalencia de borracheras observada entre los jóvenes de la población general en los últimos años (Romero-Rodríguez et al., 2019).

### ***Resultados y conclusiones de investigaciones llevadas a cabo en organismos de salud pública o vigilancia epidemiológica***

Un estudio llevado a cabo en población de personas de edad avanzada en Europa determinó que la prevalencia del consumo peligroso fue el doble en los hombres que en las mujeres (8,5 y 6,5 % en hombres y 4,1 y 3,7 % en mujeres, 2006 y 2013 respectivamente). La prevalencia de abstinencia fue mayor en mujeres que en hombres (en 2006 de un 19,0 % en las mujeres y del 13,1 % en hombres). El número medio de bebidas consumidas por bebedor a la semana disminuyó de 2006 a 2013: de 5,5 a 4,8 en las mujeres y de 10,7 a 9,2 en los hombres. En los hombres hubo una disminución de la prevalencia del consumo peligroso (PR=0,75; IC 95 % = 0,63-0,92). Los descensos en la prevalencia del consumo peligroso fueron más pronunciados en Francia, Italia y España. La prevalencia de la abstinencia en mujeres fue mayor en Italia, España y los Países Bajos, y en hombres en Austria, Italia y España. El número medio de bebidas consumidas a la semana disminuyó de 2006 a 2013, tanto en hombres como en mujeres

(RR = 0,88, IC95 % = 0,80-0,98; y RR = 0,86, IC95 % = 0,79-0,93, respectivamente). Tanto en hombres como en mujeres, un mayor aumento de la tasa de desempleo de 2006 a 2013 se asoció a un descenso generalmente mayor de la prevalencia del consumo peligroso de alcohol y del número promedio de bebidas consumidas por semana durante el periodo. Así, entre 2006 y 2013, el número de bebidas consumidas por persona disminuyó en hombres y mujeres activos de 50 a 64 años. El consumo peligroso de alcohol disminuyó entre los hombres y las mujeres europeas en edad laboral tardía. La prevalencia de la abstinencia aumentó en ambos sexos. Se observó que los países con mayor aumento de la tasa de desempleo tuvieron mayores descensos en la prevalencia del consumo de alcohol entre 2006 y 2013. Los autores consideran que las crisis económicas pueden tener un impacto en el consumo de alcohol y dar lugar a una menor mortalidad relacionada con el alcohol (Bosque-Prous et al., 2017).

Un trabajo analizó la prevalencia del cáncer relacionada con el consumo de alcohol. El 47 % del total de la población encuestada tenía un tipo de cáncer relacionado con el alcohol, con diferencias significativas entre hombres y mujeres (61 % y 28 % respectivamente). El riesgo de ser un bebedor peligroso en los hombres era mayor que en las mujeres [RP = 1,25 (IC del 95 %: 1,05-1,49)]. La prevalencia del consumo peligroso de alcohol en personas de 50 o más años con cáncer fue del 18 % en las mujeres y del 23 % en los hombres. Los hombres presentaban más riesgo de padecer un cáncer relacionado con el alcohol que las mujeres y un consumo de alcohol más dañino (Bosque-Prous, Mendieta-Paredes, Bartroli, Teresa Brugal, et al., 2018).

Un estudio sobre mortalidad y uso de fármacos concluyó que los grupos de más edad más afectados fueron, en casi todos los casos, el de 35-44 años y el de 45-54 años, pero destaca el aumento de las tasas brutas de mortalidad en el grupo de 65 años o más. Los hombres fueron los más afectados en el grupo de edad de 35 a 54 años, y las mujeres en el grupo de más de 65 años. Las tasas brutas en hombres están siempre por encima de las tasas brutas en mujeres. Los hombres pierden más años de vida, incluido más del doble que las mujeres en la mayoría de los casos. La principal causa de muerte fue la intoxicación accidental, seguido de la intoxicación intencionada autoinfligida. Se observó una tendencia al alza de la mortalidad relacionada con los opiáceos y los años de vida perdidos. El estudio identificó el consumo de opiáceos como la principal causa de muerte. En cuanto a las diferencias por edad, se observó que las edades más afectadas fueron las de 35 a 54 años. La principal causa de muerte fue la intoxicación accidental, no la intencionada por lo tanto es importante poner énfasis en la educación y racionalizar el uso de estos fármacos para prevenir accidentes, especialmente en los hombres. Una crisis de sobreconsumo de opiáceos no parece un escenario probable en España, pero es un problema social que requiere una especial vigilancia sanitaria, sobre todo en hombres de mediana edad y mujeres mayores de 65 años (Salazar et al., 2019).

Un estudio sobre consumo compulsivo de alcohol determinó que este tipo de consumo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres de todas las categorías de edad, nivel



educativo y clase social. La prevalencia de las borracheras tanto en hombres como en mujeres se situaba entre los 35 y los 44 años, y disminuía con la edad. El patrón de consumo compulsivo esporádico durante los últimos 30 días disminuyó con la edad. El predominio de las bebidas de mayor graduación se observó en la mayoría de las categorías sociodemográficas, excepto en los grupos de mayor edad (más de 55 años en los hombres y 35 años en las mujeres). Así, la prevalencia del consumo compulsivo de alcohol era elevada, especialmente entre los hombres más jóvenes con estudios superiores y un consumo medio de alcohol elevado. El consumo compulsivo de alcohol se centró en la categoría de edad más joven (18-24 años), lo que contrasta con el perfil clásico de bebedor habitual empedernido de mediana edad. Las intervenciones que aborden este problema de salud deben dirigirse principalmente a las categorías de edad más jóvenes, con mayor nivel educativo de la población (Valencia-Martín et al., 2007).

En el estudio que analizaba el suicidio y el uso de fármacos como medio autolítico entre países determinó que las tasas más altas de suicidio por autointoxicación con drogas en el conjunto de datos combinados se encuentran entre los hombres de 35 a 54 años y en las mujeres de entre 45 a 54 años. La tasa disminuía en edades más tardías y ambos sexos. Las drogas denominadas otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, representan más del 70 % de las sobredosis. La distribución general de las tasas de suicidio por edades no fue uniforme. Llegaban a su punto máximo en torno a los 50 años en los hombres y a los 60 en las mujeres. Dado que la sobredosis por fármacos es el método de suicidio predominante entre las personas de 60 años o más, es imprescindible una prescripción cuidadosa en este grupo de edad. Los patrones de sobredosis variaban mucho entre los países, pero no existen divergencias sustanciales en cuanto al sexo y la edad en la elección de las drogas. Los datos comparativos son relevantes para mejorar el registro de suicidios, diseñar estrategias de prevención de suicidio a nivel regional o nacional y aprender las mejores prácticas de gestión de las drogas en países donde la sobredosis de drogas es relativamente inusual (Värnik et al., 2011).

Un estudio sobre tabaquismo observó una relación entre el sexo, la edad y el polimorfismo TPH1: los hombres tienden a seguir fumando en mayor medida que las mujeres. Las personas de mayor edad tienen más probabilidades de dejar de fumar en comparación con las personas más jóvenes. Las personas con genotipo AA por el polimorfismo TPH1 tienen una mayor dependencia al tabaco en comparación con el resto. El patrón genético del polimorfismo TPH1 participa en el inicio, la continuación y el cierre del hábito de fumar en términos de nivel de *craving* y del proceso de adaptación neuronal asociada con el desarrollo de la dependencia. El genotipo AA del polimorfismo TPH1 determinó una reducción de la biosíntesis de 5-HT, incrementando la intensidad del tabaquismo y el deseo de fumar (Barrot et al., 2012).

Finalmente, una investigación determinó que el último año consumieron alcohol el 67,4 % de los hombres y el 34,2 % de las mujeres; presentando un consumo intensivo de al menos una

vez al mes, el 3,2 % de los hombres y el 0,7 % de las mujeres entre los 65 a 74 años y el 1,4 % de los hombres y el 0,2 % de las mujeres en los mayores de 75 años. El 88,9 % de los mayores de 65 años consumía algún medicamento, llegando al 93,4 % cuando se consideraban a los mayores de 75 años y el 94 % de las personas que padecían enfermedades crónicas están polimedicadas. Esto conllevaba que las personas mayores que representaran al 17,3 % de la población, consuman el 30-40 % de la prescripción y el 70 % del gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud. El estudio proporciona información sobre la salud integral de personas mayores en los que el consumo de alcohol, fármacos y otras drogas se posicionan como un factor de riesgo de una peor salud (Cordero y Fontanillo, 2015).

### ***Resultados y conclusiones de investigaciones llevadas a cabo en el ámbito comunitario***

En una investigación con personas mayores de 65 años y trastornos relacionados con el consumo de alcohol, el 16,04 % habían sido diagnosticados de alguno de ellos a lo largo de la vida, el 5,48 % los últimos 12 meses y el 4,0 % durante último mes. Los hombres tenían más probabilidades de haber sufrido un trastorno relacionado con el alcohol y la nicotina. Casi 1 de cada 2 personas mayores de 65 años había sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, 1 de cada 3 durante el último año y 1 de cada 5 lo presentaba en el momento de la realización del estudio. Los hombres eran más propensos a sufrir un trastorno por consumo de alcohol y nicotina (Ausín et al., 2017). Por otro lado, el 2,4 % eran personas bebedoras excesivas y el consumo excesivo de alcohol predominaba en los hombres y disminuía con la edad. (Alonso Formento et al., 2007). En otro estudio comparativo entre diferentes ciudades, el 67,8 % de la muestra había consumido alcohol durante los últimos 12 meses, y el 81,4 % había consumido alcohol al menos una vez a lo largo de su vida. La dependencia al alcohol tuvo una prevalencia del 8,8 %. La prevalencia fue mayor en Hamburgo, Londres-Canterbury y Ginebra y menor en Ferrara, Madrid y Jerusalén. Las probabilidades de consumo de alcohol a lo largo de la vida en Madrid, Ferrara, Ginebra y Jerusalén eran 3-4 veces mayores en hombres que en mujeres, mientras que en Londres y Hamburgo las probabilidades eran 5-6 veces mayores en hombres que en mujeres. No hubo diferencias significativas con respecto al estado civil. La situación de residencia (vivir solo) se asoció con un aumento de 2 veces en las probabilidades de trastorno por consumo de alcohol. La situación económica se asoció de forma significativa e inversa con el trastorno por consumo de substancia. La afiliación religiosa demostró una afiliación inversa al consumo de alcohol. Las probabilidades de beber a lo largo de la vida aumentaban en un 10 % con cada año adicional de escolarización. El trastorno por consumo de alcohol se asoció con la dependencia a la nicotina. También hubo asociaciones significativas entre tener cualquier trastorno depresivo o cualquier trastorno afectivo en el último año y el abuso o dependencia del alcohol durante los últimos 12 meses. Las personas de más de 65 años con

mayor índice de trastornos por consumo de alcohol eran en mayor medida varones, vivían más solos, presentaban peor situación económica, menos años de escolarización, consumos de nicotina y otros trastornos depresivos o afectivos. El instrumento desarrollado en el estudio (CIDI65+) mostró una buena fiabilidad en personas mayores para identificar diferentes patrones de uso, abuso y dependencia. Las diferencias de consumo entre los países podrían entenderse por las diferencias entre los patrones culturales del consumo de alcohol. Para aumentar la esperanza de vida y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores, es fundamental atender la salud física y mental. A pesar de la importante presencia de problemas de salud mental en las personas mayores, los datos de este estudio mostraron una doble realidad. Por un lado, existía una falta de servicios e intervenciones de salud mental especializados y diseñados por ancianos y, por otro lado, los adultos varones de algunos países tenían dificultades para acceder a los servicios especializados. Los autores consideraban que era necesario tomar más medidas garantizar que las personas mayores con problemas mentales reciban la mejor atención posible (Muñoz et al., 2018).

Una investigación específica sobre tabaquismo concluyó que las variables que predijeron significativamente la recaída fueron presentar un mayor *delay discounting*, ser más joven (edad media de las personas que recaen 41,6 años vs edad media de las personas en abstinencia 44,6 años), informar de 5 o más intentos por dejar de fumar y una mayor dependencia a la nicotina medida con la prueba de Fagerstörn. Los resultados indicaron que un mayor *delay discounting*, una edad más joven, un mayor número de intentos por dejar de fumar y una mayor dependencia a la nicotina se asociaron a un mayor riesgo de recaída en el tabaquismo. Los fumadores jóvenes eran menos propensos a experimentar síntomas negativos causados por el tabaquismo debido a su historial de tabaquismo más corto y, estaban menos preocupados por ello (González-Roz et al., 2019).

Las tres investigaciones fueron llevadas a cabo en el entorno de centros de salud mental de adultos y, concluyeron, en primer lugar, que existía una relación entre el síndrome metabólico y el consumo de drogas. En comparación con los menores de 35 años, los que tenían entre 35 y 54 años y los mayores de 55 años tenían 3 veces (OR = 3,1, IC del 95 % = 0,8)11,1) y 6 veces (OR = 6,3, IC del 95 % = 1,7) más riesgo de padecer síndrome metabólico. Ajustando por sexo y edad, el consumo de tabaco se asoció a un mayor riesgo de riesgo de mortalidad cardiovascular y de cardiopatía isquémica. El modelo lineal multivariante (edad, sexo, consumo de tabaco y el síndrome metabólico) mostró un efecto protector en el sexo femenino, un aumento del riesgo asociado al aumento de la edad y el aumento del riesgo asociado al síndrome metabólico. Tener más edad (o el aumento de la edad) resulta un factor de protección ante el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en personas con trastorno bipolar. Tener más de 35 años se asocia a tener mayor riesgo de mortalidad cardiovascular (García-Portilla et al., 2010). El segundo analizó las diferencias entre los grupos maníacos y depresivos con respecto a la

frecuencia de abuso de alcohol. En la exploración inicial no se encontraron diferencias (43,2 % vs 35,3 % respectivamente;  $\beta$  ajustado = 0,14,  $p = 0,911$ ). Durante el periodo de seguimiento de 10 años, hubo una disminución significativa del abuso de alcohol en el grupo maníaco. De los 95 pacientes, 44 (46,3 %) eran predominantemente maníacos (edad media 40,59) y 51 (53,7 %) eran predominantemente depresivos (edad media 47,20). El grupo predominantemente maníaco tenía una edad de inicio más joven en comparación al grupo depresivo (24,77 vs 30,69 años;  $U = 853,5$ ;  $p = 0,045$ ). Los pacientes diagnosticados de depresión tenían un curso más grave del trastorno por consumo de alcohol que los pacientes con trastornos bipolares. La polaridad maníaca se asoció con una mayor gravedad del trastorno por consumo de alcohol que mejoraba más que en los pacientes con depresión a los diez años de seguimiento (González-Pinto et al., 2010).

Un estudio conducido en una comunidad terapéutica de tratamiento especializado de los trastornos por uso de sustancias concluyó que por cada año que aumenta la edad al inicio del estudio, disminuía la probabilidad de alta terapéutica 1,02 veces. Las personas que abandonan definitivamente el tratamiento eran significativamente de mayor edad. A los autores les parecía lógico pensar que una mayor edad del paciente suponga una más extensa historia de consumos y fracasos terapéuticos previos, lo que apoya el peor pronóstico. La edad más tardía al inicio del tratamiento disminuía la probabilidad de alta terapéutica (Madoz-Gúrpide et al., 2013).

En un estudio sobre una prueba de cribado de alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias basada en una *webapp* para la población general española, la edad media obtenida fue de 37,4 años y el 78,9 % mostró riesgos moderados o graves relacionados con las drogas. El mayor número de consumidores de riesgo se encontraba en la categoría de 35 a 44 años: tabaco (12,3 % moderado, 1,6 % grave), alcohol (5,3 % moderado; 1,9 % grave), cocaína (1,6 % moderado) y sedantes/hipnóticos (2,6 % moderado). Los riesgos relacionados con el cannabis se encontraron en los 2 grupos más jóvenes (18-24 y 25-34 años), con un 5,7 % de todos los sujetos que consumían cannabis. El aumento de la edad multiplicó por 3 el riesgo de desarrollar problemas de alcohol por las personas de entre 45 y 65 años. Por el contrario, el aumento de la edad protegía contra el desarrollo de problemas relacionados con el cannabis. La edad no mostró diferencias significativas respecto al policonsumo. Las personas de edad más avanzada presentaron más riesgo con el consumo de tabaco y alcohol y menos con el consumo de cannabis (Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018).

Finalmente, un estudio en un servicio especializado de reducción de daños asociados al consumo de drogas con personas mayores de 40 años mostró que el 41,7 % de las mujeres habían consumido alguna vez drogas inyectables y el 26,6 % las consumían actualmente. El 29,4 % consumían drogas a diario y el 88,1 % consumían cocaína más a menudo. El 25,5 % habían recaído en el consumo de sustancias durante el año anterior y el 27,5 % estaban

comprometidas con la terapia de sustitución de los opiáceos. El 88,5 % de las mujeres habían sufrido alguna vez daños emocionales o psicológicos por parte de su pareja. El 71,2 % declararon haber sufrido al menos un incidente de lesiones físicas graves y el 49 % abusos sexuales. El 28,4 % admitieron haber intercambiado alguna vez sexo por dinero/drogas. Una alta proporción de mujeres que consumían drogas sufrían violencia psicológica o física por parte de sus parejas, lo que denotaba una vulnerabilidad de género que requería un enfoque urgente y multidisciplinar y servicios de apoyo adaptados a las necesidades de las mujeres. Se observó que los resultados proporcionaban una evidencia particularmente fuerte por la implementación de programas centrados en el apoyo y la prevención de la violencia en las mujeres que utilizaban drogas en un entorno de reducción de daños. Los autores consideran que estas cuestiones deberían generar políticas de detección de signos tempranos de abuso o violencia promoviendo la derivación a servicios especializados y fortaleciendo las actividades de empoderamiento de las mujeres. También apuntan que los responsables de políticas de drogas deberían crear recursos específicos que incluyan alojamiento y apoyo psicológico para las mujeres que sufren violencia de género y no pueden o no quieren dejar de consumir drogas (Valencia et al., 2020).

En la tabla 4 se pueden consultar los resultados y conclusiones de los artículos científicos incluidos.

**Tabla 4. Resultados y conclusiones de los artículos científicos seleccionados**

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
1	Del total de la muestra, un 2,4 % (n=11) eran personas bebedoras excesivas. El consumo excesivo de alcohol predomina en los hombres y disminuye con la edad.	La prevalencia del consumo de alcohol disminuye con la edad y es mayor en hombres.
2	Los pacientes que fallecieron durante el seguimiento eran mayores al inicio (con una media de edad de 52 años), en comparación con los que sobrevivieron (con una media de edad de 48 años). También señala que una mayor proporción de los fallecidos había consumido alcohol en exceso por más de 11 años.	El factor principal que influye en la mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica es volver a consumir alcohol.
3	Aumento de personas mayores de 50 años a las que se les diagnostica el VIH (0,6 %) siendo el principal factor de riesgo el consumo inyectado.	Mayor tasa de infección del VIH en personas de más de 50 años.
4	Un 30,1 % de los hombres y un 37,5 % de las mujeres de 41 años o más, presentaban ideación o planes suicidas.	La ideación y planificación suicida aumentaba con la edad en los hombres y disminuía en las mujeres.
5	Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol afectan al 16,04 % de la población en algún momento de su vida, al 5,48 % en los últimos 12 meses y al 4 % en el último mes. Además, se menciona que los hombres tienen más probabilidades de experimentar trastornos relacionados con el alcohol y la nicotina.	El 50 % de las personas mayores de 65 años ha experimentado algún trastorno mental en algún momento de sus vidas. También se menciona que el 33 % lo ha sufrido en el último año y el 20 % actualmente presenta algún trastorno mental.
6	De 81 pacientes con una edad promedio de 63,44 años, el 14,6 % tenía un consumo excesivo de alcohol. Este consumo era mayoritariamente encontrado en hombres (24,3 %) en comparación con mujeres (3,1 %). Además, se menciona que el 63 % de los pacientes tenía hábito de fumar y el 4,9 % usaba drogas ilegales.	El consumo excesivo de alcohol fue encontrado en el 14,6 % de los pacientes con hemorragia intracerebral espontánea. Los pacientes que consumían en exceso eran principalmente hombres y fumadores, y tenían una edad promedio 11 años menor en comparación con el grupo sin hemorragia intracerebral.
7	La edad avanzada de los pacientes fue un predictor de la retención en el tratamiento, ya que a menor edad hay un mayor riesgo de abandonar el tratamiento y una mayor probabilidad de recaída. El tiempo promedio de supervivencia (hasta el momento de la recaída) es de 163 días para aquellos con un resultado positivo en EtG (una prueba que indica el consumo reciente de alcohol) y de 329 días para aquellos con resultado negativo.	Las personas con EtG positivo tienen más probabilidades de recaer en el año siguiente, mientras que un resultado negativo se asocia con una evolución favorable. También se menciona que la edad es un factor protector y se asocia con un menor riesgo de abandono del tratamiento y de recaída.
8	Existe relación entre el sexo, la edad y el polimorfismo TPH1 en relación con el tabaquismo. Los hombres tienen una mayor tendencia a seguir fumando en comparación con las mujeres, mientras que las personas de mayor edad tienen más probabilidades de dejar de fumar que las personas más jóvenes. Además, se menciona que las personas con el genotipo AA en el polimorfismo TPH1 tienen una mayor dependencia al tabaco en comparación con el resto.	El patrón genético del polimorfismo TPH1 influye en el inicio, la continuación y la cesación del hábito de fumar a través del nivel de <i>craving</i> y la adaptación neuronal asociada con el desarrollo de la dependencia. Se menciona que el genotipo AA del polimorfismo TPH1 reduce la biosíntesis de 5-HT, lo que aumenta la intensidad del tabaquismo y el deseo de fumar.

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
9	La prevalencia del consumo peligroso de alcohol fue mayor en hombres que en mujeres y hubo una disminución en el número de bebidas consumidas por bebedor por semana en ambos sexos durante este período. La tasa de desempleo se asoció con una disminución en la prevalencia del consumo peligroso de alcohol y el número de bebidas consumidas por semana.	Durante el período 2006-2013, hubo una disminución en el consumo de alcohol y en el consumo peligroso de alcohol en hombres y mujeres europeas de 50 a 64 años, mientras que la abstinencia aumentó en ambos sexos. Los países con mayores aumentos en la tasa de desempleo tuvieron mayores descensos en la prevalencia del consumo de alcohol en el mismo período, lo que puede tener un impacto en la mortalidad relacionada con el alcohol.
10	El 47 % de la población encuestada tenía un tipo de cáncer relacionado con el alcohol, con una mayor incidencia en hombres que en mujeres. El riesgo de ser un bebedor peligroso fue mayor en hombres que en mujeres. En cuanto a las personas de 50 años o más con cáncer, la prevalencia del consumo peligroso de alcohol fue del 18 % en las mujeres y del 23 % en los hombres.	Los hombres presentan más riesgo de padecer un cáncer relacionado con el alcohol que las mujeres y un consumo de alcohol más dañino.
11	La media de edad del grupo que se mantiene en tratamiento es de 45,2 años y la del grupo de personas que abandonan el tratamiento es de 40,9 años.	La mayor edad incrementa la retención de los pacientes en los servicios especializados.
12	El 11,7 % de los pacientes tenían antecedentes de consumo de cocaína y el 5,2 % tenían síndrome coronario agudo por cocaína al momento de ingreso. El número de pacientes que admiten consumo de cocaína aumentó del 6,8 % en 2001 al 21,7 % en 2008. La prevalencia del consumo de cocaína ajustada por edad mostró que los menores de 30 años tenían la mayor prevalencia, con un 25 %.	Aumento en el consumo de cocaína entre los pacientes que tienen síndrome coronario agudo. En pacientes de 55 años, los principales factores de riesgo para este síndrome son el consumo de tabaco y la dislipidemia, siendo los hombres los que presentan un mayor riesgo.
13	La asistencia a la lectura de la prueba cutánea de la tuberculina está relacionada con la edad, siendo más alta en pacientes de igual o mayor edad de 40 años. Se encontró que los pacientes con reactividad en la prueba tenían una edad promedio mayor de 45,3 años en comparación con aquellos que no reaccionaron, con una edad promedio de 39,8 años.	La prevalencia de reactividad en la prueba de tuberculina es mayor en hombres mayores de edad e inmigrantes. La población inmigrante es más joven en comparación con la población autóctona, donde la mayoría tiene más de 40 años.
14	El costo-efectividad del asesoramiento para dejar de fumar varía entre países y tratamientos farmacológicos, y está relacionado con el riesgo de mortalidad por tabaquismo. En España, el costo por año de vida salvado por una persona de 45 años fue de 190 y 288 dólares para hombres y mujeres, respectivamente. La rentabilidad disminuye en fumadores mayores debido a la mayor probabilidad de mortalidad antes de obtener los beneficios de dejar de fumar, y es más alta para personas de 20 a 34 años y más baja para aquellas de 35 a 49 años debido a la curva de mortalidad relacionada con el tabaquismo.	El tabaquismo causa más muertes y enfermedades en hombres que en mujeres debido a un mayor consumo. Los hombres obtienen más años de vida salvados al dejar de fumar, lo que hace que la intervención sea más rentable para ellos que para las mujeres.
15	La mortalidad aumentó con la edad en los consumidores de cocaína y heroína. En la regresión puntual conjunta, no se observó una tendencia significativa a la baja con el aumento de la edad en los consumidores de cocaína, mientras que sí se observó en los consumidores de cocaína y heroína.	Además de la edad, el no tener un trabajo estable y haberse inyectado drogas a lo largo de la vida también son factores importantes de riesgo. El exceso de mortalidad disminuyó con el aumento de la edad en los consumidores de cocaína y heroína, pero no en los consumidores exclusivamente de cocaína

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
16	El 75 % de las personas que toman benzodiazepinas y tienen más de 45 años lo hacen por prescripción para tratar el insomnio.	Hay que tomar atención en las personas mayores de 45 años que se encuentran en programa de mantenimiento con metadona y se les prescribe benzodiazepinas.
17	El grupo de personas con LQTc (prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma) es mayor que el grupo con QT normal, con una media de edad de 49 años en comparación con 37 años. La dosis diaria de metadona también fue mayor en el grupo con LQTc. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en cuanto al tiempo de tratamiento, características sociodemográficas, consumo de drogas o tratamientos concomitantes entre los dos grupos. Un análisis de regresión logística mostró que la edad era el único factor significativo en el riesgo de tener un intervalo QTc prolongado en consumidores de drogas, con un mayor riesgo en personas de mayor edad.	Los factores asociados a la prolongación del intervalo QTc son la edad avanzada, la mayor dosis de metadona y el uso de antidepresivos como la trazodona y la mirtazapina. Además, los pacientes con QTc superior a los 440ms tomaron mayores dosis de metadona. Se recomienda un cribado rutinario del ECG en pacientes con factores de riesgo antes de comenzar el tratamiento con metadona y, en caso de que sea necesario, se debería reducir la dosis o cambiar a otros opiáceos de vida media que no afecten al QT.
18	El 78 % de los pacientes presentaba al menos una alteración en la ecografía hepática, con una alta prevalencia de infección por Hepatitis C. La mayoría de los pacientes con más de un hallazgo ecográfico tenían características sugestivas de enfermedad hepática avanzada. Los pacientes con infección por Hepatitis C tenían una mayor prevalencia de hígado heterogéneo e hipertensión portal que los que no la tenían. Se encontraron 15 pacientes con lesiones ocupantes del espacio, dos de los cuales tenían características sugestivas de carcinoma hepatocelular.	Los resultados ecográficos son comunes en personas que buscan tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de alcohol y que estos resultados pueden ser útiles para la toma de decisiones clínicas y terapéuticas. La enfermedad hepática es un problema importante en pacientes con consumo de alcohol poco saludable y a menudo se diagnostica en fases avanzadas, como la cirrosis hepática. El consumo continuado de alcohol se asocia a una progresión más rápida de la enfermedad hepática y un mayor riesgo de hepatitis alcohólica, lo que lo convierte en una contraindicación para el trasplante de hígado. Sin embargo, abandonar el consumo de alcohol se asocia con una mayor supervivencia, incluso en pacientes con cirrosis hepática.
19	El consumo de alcohol y la infección por el VHC pueden acelerar la progresión de la lesión hepática y aumentar el riesgo de muerte prematura. Se encontró que casi 1 de cada 4 pacientes con trastorno por consumo de sustancias tenía una infección por VHC y que la edad avanzada era un factor de riesgo importante para la muerte prematura. También se observó un aumento del riesgo de muerte en pacientes jóvenes con infecciones víricas.	La infección por VHC agrava el pronóstico del trastorno por consumo de sustancias y que los pacientes con infección por VHC tienen un mayor riesgo de muerte prematura, incluso a una edad más temprana. Por lo tanto, se destaca la necesidad de una evaluación temprana del trastorno por consumo de sustancias para prevenir el empeoramiento relacionado con la infección por VHC.
20	Los pacientes con anemia tenían más probabilidades de ser mayores. La edad, la infección por VIH, la enfermedad hepática relacionada con el alcohol y la anemia se asociaron con la mortalidad. En pacientes con dependencia al alcohol, la muerte cardiovascular fue la tercera causa de muerte después de las muertes relacionadas con el hígado y el cáncer.	La presencia de anemia se asocia con un mayor riesgo de mortalidad en general, incluso después de ajustar por otros factores de riesgo como la edad y la enfermedad hepática relacionada con el alcohol. La anemia se considera un indicador de mayor riesgo de mortalidad en personas mayores.
21	Los mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de desarrollar síndrome metabólico en comparación con los menores de 35 años. Además, el consumo de tabaco está relacionado con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular y cardiopatía isquémica. Se realizó un modelo lineal multivariante que demostró un efecto protector en el sexo femenino, un aumento del riesgo asociado a la edad y el síndrome metabólico.	Tener más edad (o el aumento de la edad) resulta un factor de protección ante el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en personas con trastorno bipolar. Tener más de 35 años se asocia a tener mayor riesgo de mortalidad cardiovascular.



#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
22	La tuberculosis extrapulmonar se presenta en pacientes de mayor edad en comparación con la tuberculosis pulmonar, y que la proporción de pacientes con abuso de alcohol disminuyó con el tiempo. El análisis multivariante muestra que el sexo femenino y la edad avanzada se asocian con la tuberculosis extrapulmonar. La edad media varía según el tipo de tuberculosis extrapulmonar, siendo menor en casos de tuberculosis pleural, peritoneal y meningea y mayor en casos de tuberculosis linfática, genitourinaria y cutánea. Además, el porcentaje de casos de tuberculosis linfática en pacientes mayores de 60 años es más alto que en otros tipos de tuberculosis extrapulmonar.	Fumar y consumir alcohol son factores de riesgo para la tuberculosis pulmonar. La tuberculosis extrapulmonar es más frecuente en pacientes de mayor edad y en mujeres, y está menos relacionada con el consumo de tabaco y alcohol que la tuberculosis pulmonar. Se sugiere que los cambios demográficos y la reducción del consumo de tabaco pueden ser factores que contribuyen a la menor disminución de la tuberculosis extrapulmonar en comparación con la tuberculosis pulmonar.
23	Los pacientes hospitalizados por más de 8 días son generalmente mayores (con una edad promedio de 66,48 años), más propensos a ser alcohólicos y a tener enfermedades pre-existentes, especialmente enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los factores que se relacionaron independientemente con una estancia hospitalaria prolongada fueron la edad avanzada (mayores de 70 años), el abuso de alcohol y la gravedad de la neumonía adquirida.	El alcoholismo está relacionado con una estancia hospitalaria prolongada. Los pacientes alcohólicos mayores con neumonía adquirida corren un mayor riesgo de complicaciones como bacteriemia, empiema y retraso en la estabilidad clínica. El estudio confirma esta asociación entre el alcoholismo y una mayor duración de la estancia hospitalaria.
24	Los pacientes celíacos de sexo masculino de 55 a 64 años presentan una mayor prevalencia de trastornos por consumo de alcohol que las mujeres celíacas de 35 a 44 años. La mortalidad intrahospitalaria fue menor en los hombres con enfermedad celíaca y trastornos por consumo de alcohol en comparación con las mujeres. Además, las mujeres con enfermedad celíaca y trastornos por consumo de alcohol tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada que las mujeres celíacas sin trastornos por consumo de alcohol, siendo casi el doble que la de los pacientes hombres.	Los pacientes con enfermedad celíaca y trastornos por consumo de alcohol presentan una mayor duración de estancia hospitalaria, mayores costos y mayores tasas de mortalidad intrahospitalaria en comparación con los pacientes con enfermedad celíaca sin trastornos por consumo de alcohol.
25	La prevalencia de infarto agudo de miocardio en pacientes con trastornos por consumo de cocaína aumenta significativamente con la edad, siendo hasta cuatro veces mayor en el grupo de 55 a 64 años en comparación con el grupo de referencia de menos de 35 años. Además, se encontró que la prevalencia de infarto agudo de miocardio en pacientes con trastornos por consumo de cocaína es tres veces mayor que en pacientes sin estos trastornos cuando se ajusta por edad, sexo, otras adicciones y comorbilidades.	Los trastornos por consumo de cocaína aumentan significativamente el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio, incluso después de ajustar por edad, sexo, tabaquismo, otras adicciones y comorbilidades. También se señala que la incidencia del infarto agudo de miocardio es mayor entre los pacientes con trastornos por consumo de cocaína a medida que aumenta la edad.
26	La edad y el género fueron variables involucradas en los pacientes con trastornos por consumo de alcohol que presentan neumonía neumocócica adquirida en la comunidad, siendo los hombres entre 45-55 años los más afectados, seguidos por los hombres de 55-64 años y las mujeres de 35-44 años. Además, señala que la tasa de mortalidad es mayor en personas de mayor edad, con una media de 60,5 años, y principalmente en hombres (73,3 % de los fallecidos).	Las tasas de mortalidad relacionadas con la neumonía neumocócica adquirida en la comunidad de personas con trastornos por consumo de alcohol fueron mayores en personas de mayor edad y principalmente hombres.

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
27	El 10 % de los ancianos tenían un consumo peligroso. Se evaluó la efectividad de diferentes pruebas para detectar el consumo peligroso y se encontró que el AUDIT tuvo una sensibilidad del 67 % y especificidad del 95 %, el AUDIT-C tuvo una sensibilidad del 100 % y especificidad del 81 %, y el CAGE tuvo una sensibilidad del 39 % y especificidad del 97 %. Las curvas AUROC (curva de características operativas del receptor) para cada prueba fueron 0,97 para el AUDIT, 0,9 para el AUDIT-C y 0,85 para el CAGE.	El nivel de consumo, así como las tasas de bebedores peligrosos, son menores en pacientes de 65 años o más, aunque la diferencia con el grupo de edad más joven no llegó al nivel de significación estadística.
28	El estudio presenta datos sobre los ingresos hospitalarios de pacientes con Síndrome de Abstinencia del Alcohol, delirio por abstinencia del alcohol (delirium tremens) o alucinosis por abstinencia del alcohol en España entre 1999 y 2010. Se registraron un total de 56.395 ingresos, siendo la mayoría hombres (88 %) y la mayor concentración de ingresos se produjo en el rango de edad de 40 a 55 años. La edad media por sexo fue de 51,1 años para los hombres y de 49,6 años para las mujeres.	El predominio de pacientes ingresados con síndrome de abstinencia del alcohol fueron personas del sexo masculino y de grupos de mediana edad.
29	Al inicio del estudio, no hubo diferencias significativas entre los grupos de pacientes maníacos y depresivos en términos de la frecuencia de abuso de alcohol. Sin embargo, durante el período de seguimiento de 10 años, hubo una disminución significativa en el abuso de alcohol en el grupo maníaco. De los 95 pacientes, 44 eran predominantemente maníacos y 51 eran predominantemente depresivos. El grupo predominantemente maníaco tenía una edad de inicio más joven en comparación con el grupo depresivo.	Los pacientes con depresión tienen un curso más grave del trastorno por consumo de alcohol que los pacientes con trastornos bipolares. Los pacientes con trastorno bipolar que experimentan episodios maníacos tienen un trastorno más grave en cuanto al consumo de alcohol, pero su condición mejora más con el tiempo que los pacientes con depresión durante un seguimiento de 10 años.
30	Existen cuatro variables que predicen significativamente la recaída en el tabaquismo: 1) un mayor descuento temporal, 2) ser más joven, 3) haber tenido 5 o más intentos previos para dejar de fumar y 4) una mayor dependencia a la nicotina medida con la prueba de Fagerström. En este estudio, se encontró que las personas que recaen en el tabaquismo tienen una edad media de 41,6 años, mientras que las personas en abstinencia tienen una edad media de 44,6 años.	Una mayor propensión al aplazamiento de la gratificación ( <i>delay discounting</i> ), ser más joven, tener más intentos fallidos previos de dejar de fumar y tener una mayor dependencia a la nicotina, aumentan el riesgo de recaída en el tabaquismo. Los fumadores jóvenes pueden ser menos propensos a experimentar síntomas negativos del tabaquismo debido a su historia más corta y, por lo tanto, pueden estar menos preocupados por ello.
31	No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de consumo de alcohol con respecto a la edad.	Los resultados muestran que el consumo moderado de alcohol, y en particular de vino, se asocia a un estilo de vida más activo en sujetos de edad avanzada.
32	Los adultos más jóvenes con enfermedad neumocócica invasiva eran más propensos a fumar y abusar del alcohol que los adultos mayores. Los hombres tenían mayores tasas de consumo de tabaco y alcohol que las mujeres en todos los grupos de edad. Los pacientes que fumaban y abusaban del alcohol eran más jóvenes, tenían una mayor proporción de hombres y sufrían más frecuentemente de ciertas enfermedades subyacentes. Estos pacientes tenían una tasa de mortalidad más elevada y recibían con menos frecuencia la vacunación previa con la PPV23.	Los factores de riesgo para la infección neumocócica son la edad, enfermedades inmunodepresoras, hábitos de consumo de alcohol y tabaco y las infecciones virales previas. También se destaca que el tabaquismo y el abuso de alcohol son comunes en pacientes con enfermedad neumocócica invasiva, especialmente en adultos jóvenes y en hombres.
33	Los pacientes mayores de 45 años tenían más medicamentos prescritos que los pacientes más jóvenes. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al número medio de medicamentos entre hombres y mujeres.	Los pacientes mayores de 45 años reciben más medicamentos en comparación con grupos más jóvenes. No hay diferencias significativas en cuanto al sexo.

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
34	<p>Durante un período de seguimiento se registraron 557 defunciones, siendo el 83,3 % hombres y la media de edad de defunción de la cohorte de 49,7 años. El riesgo atribuible poblacional muestra que, en los grupos de edad más joven, el consumo de alcohol es responsable de un mayor porcentaje de muertes, especialmente en el grupo de 18 a 24 años y en el de 25 a 34 años. La media de edad de las personas fallecidas es de 50 años, indicando la mortalidad prematura en personas con trastorno por consumo de alcohol.</p>	<p>Los jóvenes y las mujeres tienen mayor riesgo de morir prematuramente debido al abuso o dependencia al alcohol. Se destaca la importancia de la edad y el sexo como factores de riesgo para diferentes problemas de salud relacionado con el abuso o la dependencia al alcohol, por lo tanto, el sexo y la edad son factores de riesgo (y a la contra lo pueden ser de protección).</p>
35	<p>Los hombres tienen un historial de consumo de alcohol más largo que las mujeres y la prevalencia de consumo de cocaína es mayor entre los hombres más jóvenes. También se menciona que la comorbilidad psiquiátrica y somática es más común en mujeres que en hombres, y que la mayoría de las muertes por causas externas ocurrieron en hombres entre los 35 y los 64 años. Finalmente, se señala que las personas más jóvenes tienen una mayor tasa de mortalidad por autolesiones en comparación con las personas de 35 a 64 años.</p>	<p>En mujeres menores de 35 años con trastornos por consumo de sustancias, la tasa de mortalidad es 31 veces mayor que en hombres de la misma edad con el mismo problema. Se observa que el exceso de mortalidad por suicidio es alto en ambos sexos y grupos de edad, mientras que en hombres jóvenes el exceso de mortalidad por lesiones de tráfico es solo un 20 % mayor en comparación a la población general.</p>
36	<p>La edad media de las personas fallecidas durante la hospitalización por consumo excesivo de alcohol fue de 57,36 años. Se señala que tanto hombres como mujeres consumidoras intensas de alcohol que fallecieron eran significativamente más jóvenes que los hombres y mujeres no alcohólicas.</p>	<p>Las personas que consumen alcohol intensivamente tienen una esperanza de vida más corta, especialmente en mujeres.</p>
37	<p>La edad o el tipo de refuerzo no mostraron relación con el resultado del tratamiento para dejar de fumar. Se menciona que las personas jóvenes con alta dependencia del tabaco son resistentes al tratamiento, mientras que las personas con baja dependencia al tabaco o que fuman su primer cigarrillo más de 30 minutos después de levantarse pueden dejar de fumar con cualquier modalidad de tratamiento. También se destaca que en personas mayores de 60 años, los mejores resultados se obtienen con bupropión y vareniclina.</p>	<p>Las personas mayores con alta dependencia del tabaco tienen mejores resultados con bupropión o vareniclina, mientras que los jóvenes con dependencia moderada o alta son resistentes a cualquier tipo de tratamiento</p>
38	<p>Se describen las diferencias entre personas con adicción a la cocaína y personas con alcoholismo. Se encontró que los adictos a la cocaína eran más jóvenes y propensos a ser hombres. Además, eran más propensos a tener otros trastornos por consumo de sustancias. Los alcohólicos, por otro lado, tenían una mayor frecuencia de consumo diario y presentaban una mayor gravedad de la adicción.</p>	<p>Los consumidores de alcohol suelen ser mayores, tienen más problemas familiares y laborales, y un consumo diario más continuado. En cambio, los consumidores de cocaína suelen ser más jóvenes, solteros y tienen trabajos remunerados. El consumo de cocaína es menos frecuente y se centra en los fines de semana, y obtienen puntuaciones más altas en términos de consumo general de drogas y situación legal.</p>
39	<p>El 78,9 % de los participantes presentaba riesgos moderados o graves relacionados con el consumo de drogas. El grupo de 35 a 44 años mostró el mayor número de consumidores de riesgo, especialmente en tabaco y alcohol. Los riesgos relacionados con el cannabis se encontraron en los grupos más jóvenes. El aumento de la edad multiplicó por 3 el riesgo de desarrollar problemas de alcohol por las personas de entre 45 y 65 años, pero protege contra el desarrollo de problemas relacionados con el cannabis. La edad no mostró diferencias significativas respecto al policonsumo.</p>	<p>Las personas de edad más avanzada presentaron más riesgo con el consumo de tabaco y alcohol y menos con el consumo de cannabis.</p>

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
40	Por cada año que aumenta la edad al inicio del estudio, disminuye la probabilidad de alta terapéutica 1,02 veces.	Los pacientes que abandonan el tratamiento son mayores, lo que puede estar relacionado con una historia prolongada de consumo de drogas y fracasos terapéuticos previos. La edad avanzada en el momento de inicio del tratamiento también puede disminuir la probabilidad de éxito terapéutico.
41	Se evaluaron 20 variables para identificar factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma hepatocelular en pacientes con una edad media de 54 años. Se encontró que la edad (55 años o más), el recuento de plaquetas, el nivel de bilirrubina y el nivel de albúmina se asociaron significativamente con el riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular en un período de cinco años.	La edad avanzada y el bajo recuento de plaquetas son factores de riesgo independientes para el desarrollo de carcinoma hepatocelular en pacientes con cirrosis de cualquier etiología. Un modelo basado en estas dos variables puede separar a los pacientes en tres grupos con diferentes niveles de riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular.
42	Las personas con trastornos de consumo de alcohol y trastornos de pánico suelen ser hombres con antecedentes familiares de alcoholismo y abuso de otras sustancias, y experimentan síntomas más graves de ansiedad. En estos pacientes, la edad de inicio del consumo de alcohol es significativamente más temprana (a los 20,5 años en promedio) que en personas con solo trastorno de pánico (28,5 años en promedio). Además, en la mayoría de los casos, el consumo de alcohol comenzó antes del inicio del trastorno de pánico.	Las personas con trastorno de pánico y trastornos por consumo de alcohol tienen un inicio más temprano del trastorno de pánico. Esto puede explicarse por factores culturales, automedicación para atenuar el efecto de la ansiedad o que los pacientes con un inicio más temprano del trastorno de pánico eran más propensos a utilizar el alcohol como automedicación porque su trastorno era más severo. No consumir alcohol y aumentar la edad podría ser un factor protector contra el desarrollo de ambos trastornos.
43	La edad media de muerte por reacción aguda relacionada con el consumo de drogas fue de 34,34 años, con un intervalo de 17 a 56 años, y una moda de 30 años. Se observó un aumento progresivo de la edad media de muerte a lo largo de los años, pasando de 29,28 años en 1997 a 40,03 años en 2011. También se menciona que la edad media de muerte fue ligeramente más alta en mujeres que en hombres.	La muerte por sobredosis es una de las principales causas de muerte entre la población drogodependiente, especialmente en personas jóvenes con una edad media de 34,3 años. La edad media de las muertes está aumentando con el tiempo. La mortalidad por consumo de drogas es más común en personas con una larga historia de consumo, lo que sugiere que la experiencia no es un factor de protección, sino más bien un factor de riesgo debido a una mayor vulnerabilidad.
44	La edad media de las personas usuarias de heroína era mayor que la de las personas usuarias de cocaína. La sobredosis por drogas fue la causa más común de muerte en personas de 15 a 29 años, mientras que las causas naturales fueron más comunes en personas de 40 a 59 años. Las tasas de mortalidad por todas las causas fueron mayores en personas de 40 a 59 años que en personas de 15 a 29 años. El riesgo de sobredosis mortal se mantuvo estable con la edad en personas usuarias de heroína y aumentó en personas usuarias de cocaína. Las principales causas de mortalidad absoluta fueron la sobredosis en personas usuarias de heroína y las lesiones en personas usuarias de cocaína, y las enfermedades parasitarias representaron más del 30 % de las muertes entre las personas usuarias de heroína de 30 a 59 años.	Las personas jóvenes consumidoras de drogas tienen una tasa de mortalidad más alta que las personas mayores, debido a comportamientos nocivos que ocurren con más frecuencia. Sin embargo, las personas que consumen drogas todavía corren un alto riesgo de muerte después de los 40 años, especialmente por problemas agudos que se pueden prevenir, como la sobredosis o las lesiones. Por lo tanto, es importante mantener servicios de reducción de daños y atención sanitaria de alta calidad para las personas consumidoras de drogas de mayor edad.

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
45	La edad media de los pacientes en una unidad de alcoholología fue de 49,6 años y el 80,8 % eran hombres. Los pacientes más jóvenes presentaban alteraciones neuropsicológicas, psicosociales y familiares, mientras que los pacientes mayores presentaban deterioro cognitivo y negación patológica de los problemas con el alcohol. La edad no se relacionaba con la frecuencia de ingresos o interconsultas previas, pero los pacientes mayores tenían menos probabilidades de acudir a urgencias después del ingreso. La edad media en el momento de la muerte fue de 57,5 años.	Los pacientes más jóvenes tenían una mayor tasa de visitas a urgencias y de interconsultas debido a trastornos psicosociales, aunque la mayoría de las muertes se explicaban por la gravedad orgánica de los pacientes de mayor edad. Existe un subgrupo de pacientes jóvenes cuya causa de muerte podría estar influenciada por trastornos psicopatológicos. Los tratamientos convencionales del alcoholismo no fueron efectivos en pacientes mayores y más graves.
46	La edad media de las personas con alcoholismo fallecidas fue de 54,5 años. Con cada año que aumenta la edad, el riesgo de muerte se incrementa un 7 %. Las personas alcohólicas solteras, separadas o viudas tienen un riesgo de morir 2,39 veces superior a los casados.	La edad de las personas con alcoholismo se asocia a una peor supervivencia de manera significativa. La edad media de muerte de las personas con alcoholismo representa una muerte prematura respecto de la población general.
47	Se describen los factores que influyen en la reducción del consumo de tabaco y se concluye que la edad y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son los únicos que tienen una diferencia significativa. Los mayores de 50 años tienen un mayor porcentaje de reducción y ciertas variables como situación laboral, patologías concomitantes, consumo previo y periodo de abstinencia de más de 6 meses, son predictores de la reducción del consumo de tabaco en más del 50 %. Además, se concluye que los fumadores mayores de 50 años tienen un 60 % más de posibilidades de reducción que los más jóvenes.	Los fumadores de más de 50 años son el grupo que más éxito tiene a la deshabituación del tabaco.
48	Se presentan datos sobre consumo de alcohol en diferentes ciudades europeas y de Oriente Medio. Se encontró que el 67,8 % de la muestra había consumido alcohol en los últimos 12 meses y que el 81,4 % había bebido alcohol al menos una vez en su vida. La dependencia al alcohol fue del 8,8 %, con mayores tasas en Hamburgo, Londres-Canterbury y Ginebra, y menores en Ferrara, Madrid y Jerusalén. La probabilidad de consumo de alcohol a lo largo de la vida fue mayor en hombres que en mujeres en la mayoría de las ciudades. La vivienda sola se asoció con un mayor riesgo de trastorno por consumo de alcohol y la situación económica se relacionó inversamente con el trastorno por consumo de alcohol. La afiliación religiosa mostró una relación inversa con el consumo de alcohol. Hubo asociaciones significativas entre la dependencia al alcohol y la dependencia a la nicotina, así como entre los trastornos depresivos o afectivos y el abuso o la dependencia del alcohol.	Las personas de más de 65 años con mayor índice de trastornos por consumo de alcohol son en mayor medida varones, viven más solos, presentan peor situación económica, menos años de escolarización, presentan consumos de nicotina y otros trastornos depresivos o afectivos.
49	Las puntuaciones en la prueba de Glover-Nilsson disminuyen con la edad, mientras que las puntuaciones en el test de Fagerström aumentan con la edad. Los pacientes más jóvenes tienden a obtener puntuaciones más altas en ambas pruebas. Además, los pacientes menores de 43 años tienen puntuaciones más altas en la prueba de Glover-Nilsson y una tasa de éxito más baja a los 3 meses.	Existió relación entre la edad y las puntuaciones del test Glover-Nilsson, que disminuyen con la edad. Los pacientes más jóvenes obtienen puntuaciones más altas en ambas pruebas y tienen una tasa de éxito menor. Hubo relación directa entre la edad y los intentos previos de dejar de fumar, y se encontró que las mujeres deciden dejar de fumar más jóvenes que los hombres.

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
50	La edad es un factor de protección, ya que las personas mayores de 60 años tenían menos probabilidades de volver a intentar el suicidio. Además, se encontró que los trastornos de personalidad y el consumo de alcohol aumentan el riesgo de reintentos de suicidio. Los intentos de suicidio que resultaron en muerte tenían más probabilidades de ser realizados por personas mayores y con trastornos por consumo de alcohol. La mayoría de las personas que murieron por suicidio tenían entre 40 y 59 años.	El consumo de alcohol y la edad avanzada fueron factores de riesgo de suicidio. La menor edad (dentro del grupo de personas de edad avanzada) y la presencia de un trastorno de personalidad o de un trastorno por consumo de alcohol son factores de riesgo de reintento en los intentos de suicidio.
51	Se compararon a las personas no usuarias de tecnologías de la información y la comunicación (n=269) con las usuarias de al menos un tipo (n=1456). Se encontró que las personas usuarias que sí las utilizaban tendían a ser hombres, de entre 18 y 45 años, trabajadores no manuales, con un nivel educativo más alto. Las mujeres de entre 18 a 45 años, con nivel educativo más alto, las utilizaban con más frecuencia. También se observó que la edad fue un predictor fuerte de la frecuencia del uso del correo electrónico.	Internet, el correo electrónico y los mensajes de texto son muy utilizados, especialmente entre las personas menores de 45 años, mujeres, de una clase social más acomodada, con mayor nivel educativo y menos consumo de tabaco. Sin embargo, el uso de tecnologías de la información y la comunicación en el tratamiento para dejar de fumar no es tan efectivo en la población mayor de 45 años en comparación con la población más joven.
52	Si el 50 % de los hombres españoles de entre 40 y 64 años recibirían información sobre su condición y tuvieran intervenciones para cambiar la distribución de su presión arterial, y si el 50 % de las personas con hipertensión que tuvieran problemas de consumo de alcohol recibirían intervenciones, el porcentaje de hipertensión no controlada en este grupo de edad disminuiría. En concreto, la hipertensión no controlada entre los hombres con hipertensión disminuiría del 61,2 % al 55,9 % (un 8,6 %), y las intervenciones sobre el alcohol contribuirían a un tercio de este efecto. En el caso de las mujeres, estas intervenciones disminuirían el porcentaje de mujeres del mismo grupo de edad con hipertensión no controlada en un 7,4 %, reduciendo la proporción de mujeres en la población general del 17,8 % al 16,5 %. Las intervenciones sobre el alcohol contribuyen a un 40 % de este efecto. Además, en un año, se podrían evitar 412 de las 9.912 muertes cardiovasculares en el grupo de edad de 40 a 64 años.	Las intervenciones breves y el tratamiento especializado para los trastornos del consumo de alcohol tienen beneficios para la salud pública, ya que podrían reducir los niveles de presión arterial y las enfermedades cardiovasculares. Hasta el 17 % de la hipertensión en hombres y el 15 % en mujeres podrían controlarse si se reduce la falta de concienciación y se inician intervenciones para reducir el consumo de alcohol. Estas intervenciones podrían evitar más de 400 muertes cardiovasculares en el plazo de un año, principalmente en hombres.
53	La frecuencia y la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas varían según la edad y el tipo de personal médico. Los profesionales de mayor edad tendían a beber con más frecuencia, mientras que los profesionales médicos más jóvenes bebían un mayor número de bebidas en un día típico. Además, se encontró que el consumo excesivo de alcohol era más frecuente entre el personal médico de atención primaria más jóvenes y los hombres.	El consumo de alcohol en el personal sanitario es mayor que en la población general y varía en función de variables como la edad, el sexo, el tipo de proveedor de salud, tiempo de trabajo o el hecho de ser formador. Se ha encontrado que la ingesta de alcohol en los profesionales de la salud aumentó con la edad, siendo los más jóvenes los que bebían más en un día típico.
54	Se examinaron a 102 pacientes mayores de 65 años que buscaban tratamiento por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias. Los pacientes mostraron deficiencias cognitivas en diversas medidas en comparación con un grupo muestra de voluntarios sanos. Después de 6 meses de tratamiento, 29 pacientes lograron la abstinencia al alcohol y se observó una tendencia a la mejora en las puntuaciones cognitivas. Comparados con el grupo sano, los resultados mostraron una tendencia a la normalización en todas las puntuaciones, excepto en los resultados de los dominios de variabilidad y perseverancia.	El consumo peligroso de alcohol a largo plazo en adultos mayores se relaciona con un deterioro cognitivo en muchas áreas, pero que los pacientes que consiguen la abstinencia durante seis meses de tratamiento muestran una tendencia a la mejora cognitiva. Es importante seguir investigando para desarrollar enfoques de tratamiento adaptados a la tercera edad y una mejor coordinación con otros servicios sanitarios. Los adultos mayores tienen más éxito en conseguir la abstinencia y necesitan un enfoque de tratamiento específico para recuperar sus habilidades cognitivas.

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
55	<p>Se describen diferencias de género en el consumo de sustancias y en el tratamiento de adicciones. Las mujeres son más propensas a consumir fármacos de prescripción bajo situaciones de estrés personal y económico, mientras que los hombres consumen más alcohol y presentan mayores problemas cardíacos. Los hombres comienzan a consumir a edades más tempranas, consumen más dosis de drogas a lo largo de su vida y presentan mayor <i>craving</i>. Las mujeres tienden a utilizar más tratamientos farmacológicos y combinados con psicoterapia, mientras que los hombres tienen más tratamientos previos y admisiones a desintoxicación. En cuanto a la adherencia al tratamiento y la abstinencia, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.</p>	<p>Las variables del trastorno por uso de sustancias varían según el sexo y la edad, y que existen diferencias en las necesidades específicas de los adultos mayores con trastornos de uso de sustancias; especialmente en mujeres mayores. Por lo tanto, es importante realizar intervenciones específicas para mejorar la eficacia del tratamiento y las intervenciones preventivas, incluyendo enfoques multidisciplinarios e integrados.</p>
56	<p>El 70,8 % de los pacientes lograron la abstinencia de las benzodiazepinas después de 6 meses de tratamiento. Además, se encontró que los pacientes que lograron la abstinencia presentaron mejoras en seis áreas cognitivas en comparación con aquellos que seguían consumiendo las sustancias. Estas áreas incluyen la memoria, el aprendizaje verbal, la atención sostenida y la resolución de problemas, entre otros.</p>	<p>Los adultos mayores que abusan de las benzodiazepinas tienen un deterioro cognitivo en las medidas neuropsicológicas, pero que hay una mejora significativa en los pacientes que logran la abstinencia durante el tratamiento. Los pacientes afectados por el deterioro cognitivo presentaron bajo rendimiento en dominios específicos de la memoria visual y verbal debido a problemas de evocación y recuperación. Se descubrió que estos pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento específico y tienden a lograr la abstinencia con mayor frecuencia que la población general en el seguimiento a 6 meses.</p>
57	<p>Se describe la clasificación de pacientes según su edad en tres grupos: jóvenes (menos de 65 años), medios (de 65 a 83 años) y mayores (más de 83 años). Los pacientes más jóvenes abusaron del alcohol con más frecuencia que los otros grupos. Además, el consumo peligroso y nocivo de alcohol fue más común en los pacientes jóvenes que en los de mediana y mayor edad. La tasa de pacientes dependientes del alcohol fue significativamente mayor en el grupo más joven que en los otros dos grupos. Se descubrió que el 20 % de los pacientes que consumían alcohol de manera perjudicial tenían más de 75 años. La falta de registro del consumo de alcohol fue más común en los pacientes mayores y en las mujeres.</p>	<p>Los pacientes con patrones de consumo de alcohol poco saludables que son hospitalizados en salas médicas típicamente son hombres menores de 75 años. El consumo de alcohol y los problemas relacionados con su consumo disminuyen con la edad avanzada. Se destaca la importancia de mejorar y controlar la calidad del registro de consumo de alcohol en las historias clínicas, especialmente en mujeres y pacientes mayores.</p>
58	<p>Entre los años 2009 y 2013 se registraron 3.089 urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de hipnosedantes en 4 hospitales de Castilla y León. La mayoría de los pacientes afectados tenían entre 31 y 50 años, con una edad promedio de 40,8 años. El grupo de edad más comúnmente afectado fueron las personas de 36 a 40 años, y hubo una mayor incidencia de mujeres que de hombres que acudieron a urgencias por el uso inadecuado y exclusivo de somníferos y sedantes.</p>	<p>Las características epidemiológicas de las personas que acudieron a urgencias por el consumo de fármacos hipnóticos y sedantes incluyen principalmente a mujeres de edad media. Se consideran factores de riesgo el género femenino, la edad entre 36 y 45 años y haber experimentado previamente un episodio de urgencia relacionado con el consumo de estos fármacos.</p>
59	<p>El 46,9 % de la muestra ha consumido drogas por vía intravenosa alguna vez en la vida, con una media de tiempo de consumo de 8,65 años. Se encontró que las personas mayores y las que han consumido drogas por vía intravenosa durante menos tiempo tienen una mayor adherencia al tratamiento antirretroviral.</p>	<p>Los pacientes mayores tienen una mayor adherencia a los fármacos antirretrovirales. Esto se puede deber a que tienen un mayor conocimiento sobre la combinación de medicamentos, comprenden mejor la importancia de tomarlos y tienen menos miedo a la enfermedad, además de que siguen mejor las instrucciones del médico.</p>

#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
60	El tabaquismo y el abuso de alcohol eran mayores entre los pacientes <65 años. El tabaquismo fue un factor de riesgo independiente para distintos tipos de neumonía.	En la neumonía adquirida en la comunidad, las comorbilidades, el tabaquismo y el abuso del alcohol son factores que influyen en su causa bacteriana. Dependiendo de la edad, los factores de riesgo más comunes para los mayores son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades hepáticas y el abuso del alcohol.
61	Los grupos de edad más afectados por la mortalidad son los de 35-44 años y 45-54 años, pero hay un aumento significativo en la tasa de mortalidad en el grupo de 65 años o más. Los hombres tienen tasas de mortalidad más altas que las mujeres, y las principales causas de muerte son la intoxicación accidental y la autoinfligida intencionada. En general, los hombres pierden más años de vida que las mujeres, incluyendo más del doble en la mayoría de los casos.	La mortalidad relacionada con el consumo de opiáceos y los años de vida perdidos están aumentando. El consumo de opiáceos se identifica como la principal causa de muerte, y las edades más afectadas son las de 35 a 54 años. La intoxicación accidental es la principal causa de muerte y se enfatiza la importancia de la educación y el uso racional de estos fármacos para prevenir accidentes, especialmente en hombres. Aunque no se espera una crisis de sobreconsumo de opiáceos en España, se requiere una especial vigilancia sanitaria para abordar este problema social, especialmente en hombres de mediana edad y mujeres mayores de 65 años.
62	Existen dos factores independientes que se asocian con una mayor tasa de progresión de la fibrosis: una mayor edad en el momento del diagnóstico inicial y un consumo diario de alcohol igual o superior a 60 gramos. Además, el envejecimiento, la duración de la infección, el consumo de alcohol y los antecedentes de transfusiones son variables independientes que se asocian con la progresión de la fibrosis.	Se describe el proceso de aparición de diferentes genotipos del virus de la hepatitis C (VHC) en España alrededor de 1970, principalmente debido a la infección en usuarios de drogas por vía intravenosa, que probablemente infectaron a otros grupos de riesgo. Además, se identificó que la edad y la duración de la enfermedad, junto con el consumo de alcohol, se asociaron fuertemente con la progresión de la fibrosis en pacientes con VHC.
63	El 41,7 % de las mujeres encuestadas habían consumido drogas inyectables en algún momento y el 26,6 % seguían consumiéndolas. El 88,1 % de las mujeres consumían cocaína con mayor frecuencia y el 29,4 % consumían drogas diariamente. El 25,5 % había recaído en el consumo de sustancias en el año anterior y el 27,5 % estaban recibiendo terapia de sustitución de opiáceos. El 88,5 % de las mujeres había experimentado daño emocional o psicológico por parte de su pareja, el 71,2 % había sufrido al menos una lesión física grave y el 49 % había sufrido abuso sexual. También el 28,4 % habían intercambiado sexo por dinero o drogas.	Las mujeres que consumen drogas son vulnerables a la violencia física o psicológica de sus parejas, lo que requiere un enfoque multidisciplinar y servicios de apoyo adaptados a sus necesidades. Se enfatiza en la importancia de implementar programas centrados en el apoyo y la prevención de la violencia en mujeres que consumen drogas, y promover la derivación a servicios especializados para aquellas que sufren abuso o violencia. Se sugiere la creación de recursos específicos que incluyan alojamiento y apoyo psicológico para estas mujeres.
64	El consumo compulsivo de alcohol es más frecuente en hombres que en mujeres, y se da en todas las categorías de edad, nivel educativo y clase social. La prevalencia de las borracheras es mayor en personas de 35 a 44 años y disminuye con la edad. El patrón de consumo compulsivo esporádico también disminuye con la edad. La mayoría de las categorías sociodemográficas prefieren bebidas de mayor graduación, pero esto no se aplica a los grupos de mayor edad (más de 55 años en hombres y 35 años en mujeres).	El consumo compulsivo de alcohol es elevado, especialmente entre los hombres más jóvenes con estudios superiores y un consumo medio de alcohol elevado. El consumo compulsivo de alcohol se concentra en la categoría de edad más joven (18-24 años) y se aleja del perfil de bebedor habitual empedernido de mediana edad. Por lo tanto, se sugiere que las intervenciones para abordar este problema de salud deben centrarse en las categorías de edad más jóvenes, con mayor nivel educativo de la población.



#	RESULTADOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN DROGAS Y EDAD (40 AÑOS O MÁS)	CONCLUSIONES DROGAS Y EDAD
65	Las tasas más altas de suicidio por autointoxicación con drogas en el conjunto de datos combinados se encuentran entre los hombres de 35 a 54 años y en las mujeres de entre 45 a 54 años. La tasa disminuye en edades más tardías y ambos sexos. Las drogas denominadas <i>otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas</i> , representan más del 70 % de las sobredosis.	La tasa de suicidios varía según la edad y el género, siendo más alta alrededor de los 50 años en hombres y 60 años en mujeres. La sobredosis de fármacos es el método predominante entre personas mayores de 60 años, por lo que es importante una prescripción cuidadosa en este grupo de edad. Aunque los patrones de sobredosis varían entre países, la elección de drogas no difiere mucho según la edad o el género. Los datos comparativos pueden ayudar a mejorar el registro de suicidios, diseñar estrategias de prevención y aprender prácticas de gestión de drogas en países con menor incidencia de sobredosis.
66	Se describen las tasas de admisión a tratamiento por trastornos de uso de sustancias en diferentes grupos de edad y género. Se observó que las tasas de admisión fueron mayores en los grupos de edad de 35 a 44 años y de 45 a 54 años, con pocos pacientes menores de 24 años o mayores de 65 años. También se encontró un aumento significativo en las tasas de pacientes masculinos que inician tratamiento en todos los grupos de edad, excepto en los de 25 a 34 años y 35 a 44 años, mientras que, en el caso de las mujeres, las tasas de tratamiento aumentaron en todos los grupos de edad, excepto en los de 25 a 34 años y 35 a 44 años, donde no se observó una tendencia clara. En ambos sexos, el aumento parecía más pronunciado en las personas de 45 a 54 años y de 55 a 64 años.	La mayoría de los pacientes que reciben tratamiento se encuentran en el grupo de edad de 45 a 54 años, con tasas de inicio de tratamiento superiores a 4 por cada 1.000 personas. Sin embargo, las tasas de pacientes jóvenes que reciben tratamiento no están aumentando en la ciudad.
67	El consumo de alcohol es más frecuente en hombres que en mujeres y disminuye con la edad, aunque algunos adultos mayores aún consumen alcohol de forma intensiva. Además, la mayoría de las personas mayores toman algún tipo de medicamento y las personas mayores y con enfermedades crónicas suelen tomar varios medicamentos. Como resultado, los adultos mayores representan una proporción significativa del gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud.	El estudio proporciona información sobre la salud integral de personas mayores en los que el consumo de alcohol, fármacos y otras drogas se posicionan como un factor de riesgo de una peor salud.
68	El consumo de alcohol en mujeres suele comenzar a edades más avanzadas que en los hombres, y las mujeres que consumen alcohol tienen una mayor probabilidad de padecer depresión, ansiedad y estrés. Además, suelen haber sufrido abusos sexuales o físicos, y tienen menos apoyo familiar, social y económico que los hombres. En muchos casos, su pareja también consume alcohol en mayor medida, y sufren estigmatización y soledad. También destaca que las mujeres consumen más fármacos hipnóticos y sedantes.	La edad avanzada y el hecho de ser mujer constituye un elemento de riesgo a la hora de realizar una desintoxicación y un proceso de deshabitación en los servicios de atención. Se debe de tener en cuenta las especificidades en las necesidades de las mujeres para diseñar tratamientos más adecuados.

## *Análisis de la literatura gris*

En el caso de la literatura gris, su análisis se llevó a cabo a partir del resumen general de los datos de cada uno de los documentos. A continuación, se describen los principales resultados y conclusiones, en primer lugar, de los informes gubernamentales, posteriormente de las dos tesis doctorales y, finalmente, del estudio.

La Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM) tiene como objetivo estudiar el comportamiento de las personas mayores de 64 años en relación con el consumo de alcohol, drogas y otras adicciones. Esta encuesta se incluye dentro de la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 y su plan de acción 2018-2020. En este informe se presentan los objetivos, la metodología y los principales resultados de la encuesta ESDAM, que se llevó a cabo coincidiendo con la encuesta EDADES 2019-2020. Entre las sustancias psicoactivas de curso legal, el alcohol, los hipnosedantes, el tabaco y los analgésicos opioides son las más consumidas por la población de 65 años o más. Sin embargo, el orden en la prevalencia de consumo de estas sustancias varía según el marco temporal considerado. Si se tiene en cuenta el consumo alguna vez en la vida, el alcohol es la sustancia más prevalente (89,2 %), seguida del tabaco (52,9 %), los hipnosedantes (36 %) y los analgésicos opioides (22,8 %). Si se considera el consumo en los últimos 12 meses, el alcohol sigue siendo la primera sustancia consumida (58,6 %), seguida de los hipnosedantes (27,8 %), el tabaco (12,8 %) y los analgésicos opioides (12,3 %). Si se observa el consumo en los últimos 30 días, el alcohol sigue siendo la sustancia más prevalente, seguida de los hipnosedantes, el tabaco y los analgésicos opioides. Si se tiene en cuenta el consumo diario en los últimos 30 días, los hipnosedantes son la sustancia más consumida (22,2 %), seguidos del alcohol (19 %), el tabaco (9,8 %) y los analgésicos opioides (4,4 %). En el grupo de 65 a 74 años, las sustancias de consumo diario más prevalentes son el alcohol (21,0 %), los hipnosedantes (18,4 %), el tabaco (13,9 %) y los analgésicos opioides (3,6 %). En cambio, en el grupo de 75 años o más, los hipnosedantes son la sustancia más consumida a diario (26,2 %), seguidos por el alcohol (16,9 %), y, a mayor distancia el tabaco (5,6 %) y los analgésicos opioides (5,2 %).

En los hombres mayores de 64 años se observa, en los últimos 12 meses, mayor consumo de alcohol y tabaco (75,6 % y 18,8 % respectivamente) que en las mujeres (45,8 % alcohol y 8,2 % tabaco). Sin embargo, en las mujeres se observa mayor consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides (36,7 % y 13,7 % respectivamente) que en los hombres (16 % hipnosedantes y 10,5 % analgésicos opioides)

En comparación con la población de 15 a 64 años, se observa que en la población de mayor edad hay menor prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos 12 meses y mayor prevalencia de consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides.

Las mujeres mayores de 64 años presentan menor consumo de alcohol y tabaco que las mujeres de 15 a 64 años, pero en ellas es más frecuente el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides. En concreto, en las mujeres mayores de 64 años, el consumo de alcohol es del 45,8 % frente al 71,6 % de las mujeres de 15 a 64 años, de tabaco es del 8,2 % respecto al 34,2 %, el consumo de hipnosedantes es del 36,7 % frente al 14,7 % y el consumo de analgésicos opioides es del 13,7 % frente al 8,1 % de las mujeres de 15 a 64 años.

En los hombres mayores de 64 años en comparación con los hombres de 15 a 64 años, se observan tendencias similares: menor consumo de alcohol y tabaco y más prevalencia de consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides en la población mayor. En concreto, en los hombres mayores de 64 años, el consumo de alcohol es de 75,6 % frente al 82,7 % de los hombres de 15 a 64 años, el consumo de tabaco es de 18,8 % frente al 44,4 %, el de hipnosedantes es del 16 % frente al 9,4 % y, finalmente, el consumo de analgésicos opioides es del 10,5 % frente al 6,2 % en la población de 15 a 64 años.

(Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones., 2019).

Según el informe sobre prevalencias de consumo EDADES 2015, en España, el alcohol (77,6 %) y el tabaco (40,2 %) son las drogas con mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años. Además, los hipnosedantes, tanto con receta como sin ella, son consumidos por el 12 % de esta población. Alrededor de un tercio de la población ha consumido alguna droga ilegal en algún momento de su vida, especialmente en el grupo de edad de 15 a 34 años. Las drogas ilegales más consumidas son el cannabis (9,5 % ha consumido en el último año) y la cocaína (2 %), mientras que el consumo de heroína se mantiene en niveles muy bajos (0,1 %). Entre las drogas legales, el consumo de hipnosedantes es el único con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres. Según EDADES 2015, en el último año, 3.732.000 personas han consumido hipnosedantes, siendo el 65 % mujeres y el 57 % entre 45 y 64 años. Un 3 % de las mujeres tienen un consumo problemático. En cuanto a los juegos de azar, el 0,9 % de la población se considera jugadora patológica, siendo el 69,6 % hombres. Los grupos de edad más afectados son los de 25-34 años y 55-64 años. Los consumidores de heroína representan una subpoblación de consumidores que tienen un mayor impacto sociosanitario, incluyendo la exclusión social y la infección por VIH y VHC. Esta población envejece y sufre comorbilidades asociadas a la edad, lo que requiere una proporción importante de los recursos disponibles. En términos positivos, la prevalencia de enfermedades infecciosas ha disminuido significativamente desde 2009, en consonancia con la disminución del uso de la vía inyectada. El envejecimiento de la población general y de los consumidores es un desafío en todos los ámbitos, desde la prevención hasta la atención, la reducción de riesgos y daños, la formación de profesionales, etc. Es fundamental centrar la atención en las personas mayores de edad avanzada, ya que consumen fármacos, incluyendo psicofármacos, con mayor frecuencia que el resto de la población, pero no se cuenta con datos suficientes sobre ellos.

Los objetivos relacionados con el envejecimiento incluyen: aumentar el conocimiento sobre la población mayor de 64 años; abordar el envejecimiento de la población consumidora y la cronicidad asociada, incluyendo el deterioro cognitivo; mejorar el tratamiento y seguimiento de las personas con adicciones crónicas y de mayor edad en los servicios sanitarios y sociales; ampliar y adaptar la oferta de servicios y programas, como los servicios ocupacionales y de reinserción laboral, a las necesidades diferenciales de los drogodependientes mayores; y promover la investigación en áreas complementarias de interés en el fenómeno de las adicciones, especialmente en el ámbito socio-sanitario y epidemiológico (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

*EDADES 2019/2020*, es la encuesta para valorar el estado de consumo o de conductas adictivas, que se hace como parte de los planes de observación control y planificación de estrategias en España. La parte de la encuesta que se puede resumir es la relativa a mayores de 64 años ya que la franja de 15-64 años no hace una diferenciación por franjas de edad. Utilizando la parte relacionada con el consumo en mayores de 64 años se puede concluir lo siguiente: En general el consumo de todas las sustancias, así como de conductas adictivas valoradas (juego e internet) es menor en porcentaje en la franja de mayores de 64 años en comparación con la franja de 15-64 años. El consumo de OH en mayores de 64 años es de 67 % en hombres y 30,9 % en mujeres en los últimos 30 días, con una prevalencia de consumo diario, menos consumos intensivos y mayor consumo de vino en comparación con la franja de edad de 15-64 años. Existe una prevalencia de 3,3 % de tipo binge drinking, 0,9 % borracheras y 0,7 % considerado como consumo de riesgo. Con respecto a hipnosedantes el consumo en los últimos 30 días, es de un 33,3 % en mujeres y 13,5 % en hombres, teniendo un posible trastorno por consumo de hipnosedantes un 4,3 % de mayores de 64 años. Con respecto al juego con dinero, los mayores de 64 años que podrían presentar un trastorno es del 1,3 %. Con respecto al tabaco se hace referencia al consumo en el último mes, que es del 17,6 % en hombres y 7,4 % en mujeres (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

El informe de 2020 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones indica que las prevalencias de consumo de hipnosedantes y cocaína base son más altas en los grupos de edad más avanzada. En el caso de los hipnosedantes, se observa que predomina el inicio de consumo entre las mujeres de 35 a 54 años. Respecto a la heroína, el perfil del consumidor es un hombre mayor de 45 años que ha estabilizado su consumo desde mediados de los noventa. En el tratamiento de la heroína, se ha identificado que el perfil del consumidor es un hombre de 43 años que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, desempleado y que suele acudir a tratamiento por iniciativa propia. Además, el 11,2 % ha vivido los 30 días previos en prisión, y suelen presentar consumo diario y consumir otras sustancias como cannabis, cocaína y alcohol. En cuanto al tratamiento de hipnosedantes, se ha encontrado que el 45,3 % de las personas que acuden a tratamiento son mujeres, siendo

el perfil de una mujer de 47,8 años que acude por primera vez a tratamiento, por iniciativa propia o referida por diferentes servicios de salud, y vive con su pareja y/o hijos. Aunque es remarkable que el 4 % se dedica a las tareas del hogar, y consumen, además, alcohol. Por último, en el tratamiento de alcohol, se ha identificado que el perfil es de un hombre de 46,8 años que vive con su familia (pareja y/o hijos), acude por iniciativa propia o derivado por su médico de cabecera u otros centros de tratamiento, y consume alcohol a diario. La mayoría (74,5 %) no consume otras drogas, y entre los que sí lo hacen, destaca el uso de cocaína y cannabis. Aquellos que acuden a urgencias por consumo de opioides e hipnosedantes tienen una edad más avanzada. En el caso de la urgencia relacionada con el consumo de heroína, el perfil es de un hombre (82,8 %) con una edad media de 40,2 años, la edad más elevada de la serie histórica, y el 3,8 % llegan detenidos. En el caso de la urgencia relacionada con el consumo de otros opioides distintos de la heroína, se observa una mayor presencia de mujeres (29,6 %), personas mayores (42,5 años) y mayor porcentaje de detenidos (4,5 %). En cuanto a las urgencias hospitalarias, el análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen una edad más avanzada. Además, en 2018, la edad media de los fallecidos se sitúa en los 44,9 años, con una tendencia ascendente desde 2003, probablemente en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones están presentes los opioides y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga. En ese mismo año, el 72,3 % de los fallecidos superaban los 40 años, siendo el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas un varón con 44 años. Por otro lado, en cuanto a la enfermedad por VIH, en 2018 se identificaron 415 nuevos casos de sida, con una tasa estimada de 1,4 casos por cada 100.000 habitantes después de ajustar por el retraso en la notificación. La mediana de edad en el momento del diagnóstico fue de 43,5 años, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres. En resumen, los datos muestran que el consumo de drogas sigue siendo un problema de salud pública en España, con prevalencias más altas en los grupos de edad más avanzada, a partir de los 40 años. Los patrones de consumo varían según la sustancia, pero se observa que el consumo diario es común y que los consumidores suelen utilizar múltiples drogas. Además, el perfil de los pacientes que acuden a tratamiento o urgencias suele ser de personas de edad avanzada y en muchos casos con antecedentes de tratamiento previo. También se observa un envejecimiento de la cohorte de los consumidores de drogas, lo que se refleja en la edad media de los fallecidos y la mayor presencia de opioides en estas muertes. Todo esto indica la necesidad de seguir trabajando en la prevención, tratamiento y reducción de riesgos asociados al consumo de drogas en España (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020).

El informe nacional del proyecto europeo Better Treatment for Ageing Drug Uses (Betrad) se enfoca en la situación de las adicciones en personas mayores de 40 años en España y Europa, y presenta un recopilatorio de ejemplos de buenas prácticas en la atención a personas mayores consumidoras de drogas, con ejemplos de programas en Barcelona, Amberes, Luxemburgo,

Leeuwarden y La Haya. Además, se ha creado el “Betrad Toolbox”, un conjunto de herramientas en línea para la mejora de la atención a este colectivo. Aborda la visión del envejecimiento en personas consumidoras de drogas desde diferentes ámbitos: gubernamental, educativo, geriatría y drogodependencias, sin dejar de lado la perspectiva de organizaciones de personas consumidoras de drogas de edad avanzada. Se concluye el estudio con una serie de recomendaciones surgidas del proyecto BETRAD. En España, los datos sobre el consumo de drogas en la población de 40 años o más indican una tendencia en alza si nos centramos en el grupo de personas que usan opiáceos, con una edad media de inicio de tratamiento de 41 años y de 36 en el caso de la cocaína (OEDA 2017). La franja de edad de 40 a 54 años representa la mayoría de los inicios de tratamiento (91 %), mientras que los inicios de tratamiento a partir de los 55 años solo representan el 9 % (OEDA 2017). Del total de inicios de tratamiento por cocaína o heroína, el 44 % tenía 40 años o más. Por otro lado, en Europa, muchas personas que realizan un uso prolongado de opiáceos están envejeciendo y tienen 40 o 50 años. La media de edad de los consumidores de opioides que iniciaron tratamiento aumentó de los 32,7 años en 2006 a los 37,3 años en 2015. En 2010, ninguna política sobre drogas de los estados miembros contemplaba una estrategia para tratar a los consumidores de drogas de edad avanzada. En el Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2017-2020 (DOUE 2017/C 215/02), el envejecimiento y el consumo de drogas también se mencionan explícitamente como parte de la reducción de la demanda de drogas (Adán et al., 2016).

En un estudio se realizó una revisión bibliográfica sobre exclusión social y drogodependencias, así como la realización de tres grupos de discusión con profesionales de la red de recursos para personas con problemas de adicción y doce entrevistas individuales con personas mayores de 43 años con larga trayectoria de consumo, con el fin de identificar los factores de exclusión que les pueden afectar. Se analizan diferentes ámbitos que influyen en la exclusión social de este colectivo, como son el económico, laboral, formativo, sociosanitario, residencial, social-relacional, macrosocial, personal y de la ciudadanía y participación social. Los resultados obtenidos revelan que la población mayor de 45 años con larga trayectoria de consumo problemático de drogas sufre una situación de extrema exclusión social en diversos ámbitos. Este colectivo manifiesta importantes dificultades sociosanitarias, una falta de acceso a la vivienda, el empleo y la formación, unas redes sociales y familiares inexistentes o muy deterioradas y unas barreras personales que impiden una plena participación en derechos y obligaciones. En conclusión, se establecen una serie de recursos deseables para apoyar los diferentes ámbitos mencionados anteriormente. Entre ellos destacan la necesidad de una red asistencial amplia y diversa, una red de recursos de proceso y continuidad, una red asistencial conectada y coordinada, y una red asistencial con capacidad de adaptación. En definitiva, este estudio destaca la importancia de abordar la exclusión social en este colectivo y la necesidad de establecer medidas para apoyar su inclusión en la sociedad (Cantos, 2015).

Otro informe aborda datos generales del consumo de sustancias ilegales en España, donde se destaca que la mayoría de los resultados se basan en información recopilada en el año 2015, aunque presentados en el año 2018. En términos generales, se presenta una estadística sobre consumo general, pero solo en algunos resultados se hace referencia a la edad. No obstante, el informe se enfoca en las políticas, impacto económico social y legal del consumo de drogas ilegales, dando énfasis en los abordajes actuales y recursos terapéuticos disponibles a nivel europeo, incluyendo datos específicos de España, con especial énfasis en los relacionados con la reducción de daños. Además, se hace un resumen asociado a las estrategias preventivas a nivel general y escolar para evitar y concientizar acerca del consumo de sustancias. El informe también hace referencia a la mortalidad causada por consumos de alto riesgo, destacando que más de la mitad de estas muertes se dan en personas mayores de 40 años. Se especifica que, en España, la heroína sigue siendo la droga principal relacionada con consecuencias sanitarias y sociales más graves, como las infecciones, aunque se aclara que su consumo ha disminuido en los últimos 30 años. Asimismo, se destaca la cocaína como la droga que causa el mayor número de admisiones a tratamiento, y el cannabis como la droga principal entre los admitidos a tratamiento por primera vez. En cuanto a la mortalidad, el informe presenta datos comparativos con la media europea en mayores de 45 años, siendo España más prevalente en este aspecto. No obstante, no se disponen de datos de los mayores de 65 años en España. En este sentido, se informa que la mortalidad, basada en fuentes forenses y toxicológicas, refleja muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas durante los últimos seis años, notificándose 600 defunciones en 2015. En el 90 % de los casos, se detectó la presencia de más de una sustancia psicoactiva, siendo los opioides y la cocaína las sustancias identificadas en la mayoría de las defunciones. La mayoría de las defunciones ocurrieron en hombres y más de la mitad en mayores de 40 años, lo que refleja el envejecimiento de la cohorte de consumidores de heroína en España. Cabe destacar que en este informe se hace referencia a los recursos existentes en España para el tratamiento de adicciones (hospitalarios, centros de atención social y comunidades), aunque no se especifica la edad de los pacientes atendidos. Con relación a los resultados, se indica que los datos del 2015 reflejan un consumo de drogas ilegales en la población entre 45 y 64 años de hasta un 1,7 %, dentro de este mismo rango de edad se señala un 0,3 % de consumo de MDMA, 0,2 % de Anfetaminas, 6,7 % de cannabis, 1,7 % de cocaína y una tasa de 2,2 por mil de consumo de opiáceos de alto riesgo, sin especificar la edad de los consumidores (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018).

Se realizó otro estudio observacional mediante Cuestionario y Encuesta sobre Drogas en población española con muestreo aleatorio cuyo objetivo principal fue obtener información sobre incidencias y prevalencias en consumo de drogas. Los resultados obtenidos indican que la mortalidad inducida por drogas en España se debe directamente al consumo de drogas ilegales (sobredosis). Según el Registro Específico, que recoge fuentes forenses y toxicológicas, se ha registrado una estabilización en las tendencias de defunciones por drogas en los últimos

cinco años, con 556 fallecimientos en 2014. La mayoría de los casos notificados presentaban opioides, seguidos de la cocaína. No obstante, se observa una disminución en el porcentaje atribuido a estas sustancias. La mayoría de las víctimas son hombres y más de la mitad de ellas tienen más de 45 años, lo que refleja el envejecimiento de la cohorte de consumidores de heroína en el país. En 2014, el Registro General de Mortalidad informó de 455 defunciones por drogas, según la definición nacional. Según un estudio reciente, en España 4 de cada 100 sobredosis entre los consumidores de heroína de 18 a 30 años resultan fatales. Por otro lado, un estudio que analizó la mortalidad en una cohorte de consumidores de cocaína admitidos a tratamiento en España reveló que la tasa de mortalidad estandarizada por grupo etario entre quienes consumen cocaína y heroína, o solo la primera, es superior a la de la población general. En cuanto a la tasa de mortalidad por drogas entre adultos (15-64 años), esta se situó en 14,8 defunciones por millón de habitantes en 2014, por debajo de la media europea, que se estima en 20,3. Los grupos de edad con mayor porcentaje de defunciones por drogas en España son: 45-49 años (24 %), 40-44 años (23 %), 35-39 años (14 %), 50-54 años (13 %), 30-34 años (10 %) y 55-59 años (9 %) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017).

El informe de 2018 del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction sobre el consumo en España indica que el uso problemático de medicamentos de venta con y sin receta en adultos mayores es un problema frecuente que necesita ser abordado. Para identificar mejor esta problemática, se requiere una vigilancia periódica del consumo de medicamentos y una evaluación detallada de otros problemas de salud y sociales que pueden estar relacionados con el consumo de sustancias. La prevalencia del consumo de drogas ilícitas en adultos mayores está aumentando. Los servicios de tratamiento de drogodependencias y otros servicios sanitarios deben prepararse para enfrentar el aumento previsto en la demanda de atención para este grupo de edad y conocer mejor las necesidades específicas de las personas mayores con consumo abusivo de sustancias. Los problemas relacionados con el alcohol son comunes en los adultos mayores y pueden coexistir con problemas de consumo de drogas ilícitas. Por lo tanto, los servicios de drogodependencias pueden tener que revisar sus sistemas de atención para identificar mejor estos problemas. Los adultos mayores pueden presentar numerosos problemas sociales, psicológicos y de salud que aumentan el riesgo de consumo de sustancias. Es necesario prestar atención específica a estos problemas para que las intervenciones dirigidas a este grupo sean eficaces. Para evaluar mejor los trastornos por consumo de sustancias en adultos mayores, se pueden necesitar indicadores específicos de consumo y dependencia relacionados con la edad. A pesar de la dificultad para identificar estos trastornos, los servicios de atención primaria y otros servicios sanitarios están en una buena posición para detectarlos. El tratamiento para los consumidores mayores con abuso de sustancias debe adaptarse a sus necesidades específicas, aunque se sabe poco sobre este grupo de pacientes. Por lo tanto, es necesario modificar las formas de tratamiento existentes o desarrollar nuevas formas de tratamiento que presten más atención a las enfermedades



comórbidas que afectan a los adultos mayores. Este enfoque puede mejorar la eficacia del tratamiento (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008).

La tesis doctoral de Ros Cucurull (2018) analiza el consumo de sustancias en personas mayores, llamado *epidemia invisible*, y es un fenómeno creciente que sigue siendo infravalorado y mal identificado. Las proyecciones indican que el número de adultos mayores con problemas de alcohol y drogas ilegales aumentará, y hay factores de riesgo relacionados con el envejecimiento que contribuyen al desarrollo de adicciones. El objetivo de la tesis es analizar el deterioro cognitivo asociado al consumo de sustancias en pacientes mayores de 65 años y estudiar la presencia de factores relacionados con el consumo según el sexo del paciente. La muestra incluyó a 33 pacientes con problemas de alcohol y 33 con problemas de benzodiacepinas, con una media de edad de 71 y 73,5 años respectivamente, y se analizó a 115 pacientes en total (61 hombres y 54 mujeres). Los resultados indicaron que el consumo patológico de alcohol y benzodiacepinas se relaciona con el deterioro cognitivo en diversas áreas, y que la abstinencia durante seis meses de seguimiento puede mejorar el funcionamiento cognitivo y el pronóstico de estos pacientes. También se observaron diferencias en el consumo según el sexo del paciente, con una mayor prevalencia de consumo de alcohol en hombres y de benzodiacepinas en mujeres, así como diferencias en la presencia de patologías y antecedentes legales. Además, se encontró una mayor adherencia al régimen de tratamiento en personas mayores que en la población general con problemas de consumo (Ros Cucurull, 2018).

El objetivo de la tesis de Martínez Batlle (2019) consistió en identificar los factores biopsicosociales que influyen en el estado de salud de personas con VIH y/o VHC que residen en España. Para alcanzar este objetivo, se llevaron a cabo tres líneas de investigación. La primera línea de investigación (I1) se centró en los factores biopsicosociales que condicionaban la respuesta al tratamiento antirretroviral y/o la clínica de VIH o la coinfección VIH-VHC. La muestra fue de diferentes edades, siendo la edad media de 48 años. La segunda línea de investigación (I2) abordó la percepción y expectativas de pacientes con VIH que envejecen, así como la caracterización de su perfil biopsicosocial. La muestra se seleccionó a partir de los 45 años, dado el envejecimiento prematuro que experimentaban las personas con VIH. La tercera línea de investigación (I3) se centró en la percepción, calidad de vida y expectativas de los pacientes con VHC en relación con su enfermedad. El consumo de drogas fue un dato sociodemográfico que tuvo un impacto significativo en la salud y que fue prevalente a lo largo de la historia, tanto en referencia a la infección por VIH como por VHC. Se relacionó con una peor calidad de vida y una pérdida de control de la infección, y como un posible factor de riesgo de infección de VIH y VHC, así como de otras infecciones. La práctica del chemsex también engloba factores de riesgo para adquirir VIH y/o VHC, así como otras infecciones de transmisión sexual y problemas psiquiátricos, lo que hace que el grupo chemsex sea un grupo poblacional susceptible para tener un peor estado de salud. En cuanto a los hallazgos

destacados de la segunda línea de investigación (I2) relacionada con el envejecimiento, se encontró una tasa elevada de consumo de sedantes o ansiolíticos sin prescripción médica (26 %), antidepresivos (15 %) y drogas recreativas (37 %). Además, se observó que las personas heterosexuales consumen menos drogas recreativas que las personas con VIH. El 18 % de las mujeres y el 12 % de los hombres tenían como vía más probable de transmisión del VIH el uso de drogas inyectadas. El uso de drogas en el contexto de infección VIH se traduce en una peor calidad de vida y una pérdida de control de la infección. La edad promedio de las personas con infección por VHC en España muestra dos picos: los nacidos entre 1956-1971, que adquirieron la infección por uso de drogas intravenosas, y los nacidos antes de 1946. Ser diagnosticado antes de 1997 incrementaba la probabilidad de tener una percepción negativa del estado de salud, comorbilidades óseo-articulares, problemas renales, hepatitis C o B, así como problemas renales no vinculados a hepatitis. El predominio del uso de drogas por vía inyectada en personas nacidas antes de 1997 explicaría el impacto de las hepatitis virales y la peor percepción del estado de salud.

Finalmente, el estudio llevado a cabo por Cantos (2015) consiste en la revisión de la evidencia sobre el impacto del alcohol en la salud de las personas mayores, así como en la prevención del consumo de este. Además, se recopilan ejemplos europeos de buenas prácticas. Los productos finales “más importantes” incluidos en este informe son dos informes distintos:

- *Alcohol and older people: a public health perspective*: Este informe se enfoca en la revisión sobre alcohol y salud, evaluando la interacción del alcohol con lesiones, demencia y deterioro cognitivo, trastornos cardiovasculares, cáncer, interacción con medicamentos y mortalidad global. De esta revisión se concluye que todas estas patologías se ven agravadas por el consumo de alcohol, sobre todo de cantidades importantes. Si bien en los trastornos cardiovasculares algunos estudios sugieren el factor protector del alcohol en consumos moderados, es importante señalar que el grupo de las personas de mediana edad que es el grupo con niveles altos de consumo son el grupo con niveles más altos de hospitalización y muerte relacionados con alcohol. Por lo tanto, orientar las políticas hacia ese grupo de edad será importante para reducir el impacto que tendrán las hospitalizaciones y muertes relacionadas con alcohol cuando dentro de 20 años pertenezcan a los grupos de mayores.
- *Best practices on preventing the harmful use of alcohol amongst older people, including transition from work to retirement*: Este informe se compone a su vez de una revisión de la evidencia publicada en la literatura gris sobre buenas prácticas para prevenir el consumo de alcohol en personas mayores en Europa, y de los resultados de la encuesta de buenas prácticas en la prevención del alcohol entre ancianos en Europa. La ausencia de datos completos y armonizados para personas mayores de 65 años ha impedido una evaluación del impacto real del consumo de alcohol en las personas mayores. Además,

cuando se trata de campañas de concienciación sobre el alcohol y políticas gubernamentales, la mayor parte del enfoque ha tendido a estar en el consumo excesivo de alcohol y el consumo de alcohol por menores de edad. Lo que ha faltado son estrategias para ayudar a los bebedores mayores, aunque los cambios significativos en la vida, junto con el proceso de envejecimiento, hacen que este grupo sea particularmente vulnerable al abuso del alcohol. Una cuestión clave es que, a medida que las personas envejecen, se vuelven más susceptibles a los efectos del alcohol. Sin embargo, los signos de consumo nocivo a menudo se pasan por alto o se confunden con los síntomas generales del envejecimiento. VINTAGE resaltó el importante aspecto de que es posible desarrollar políticas e intervenciones adecuadas sobre el alcohol orientadas a la edad, desencadenando así un proceso de mejora del estado de salud de esa parte de la población que está aumentando a un ritmo sin precedentes (Galluzzo y Scafato, 2010).

En la tabla 5 se pueden consultar los principales resultados de los documentos de literatura gris seleccionados.

**Tabla 5. Resultados y conclusiones de los documentos de literatura gris seleccionados**

AUTORÍA	RESUMEN
(Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones., 2019)	La Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM) se realizó para estudiar el comportamiento de las personas mayores de 64 años en relación con el consumo de alcohol, drogas y otras adicciones. El alcohol, los hipnosedantes, el tabaco y los analgésicos opioides son las sustancias más consumidas por la población de 65 años o más. El consumo de estas sustancias varía según el marco temporal considerado. El alcohol es la sustancia más prevalente si se tiene en cuenta el consumo alguna vez en la vida. Si se considera el consumo en los últimos 12 meses, el alcohol sigue siendo la primera sustancia consumida. Si se observa el consumo en los últimos 30 días, el alcohol sigue siendo la sustancia más prevalente. En el grupo de 65 a 74 años, las sustancias de consumo diario más prevalentes son el alcohol, los hipnosedantes, el tabaco y los analgésicos opioides. En el grupo de 75 años o más, los hipnosedantes son la sustancia más consumida a diario, seguidos por el alcohol, el tabaco y los analgésicos opioides. En comparación con la población de 15 a 64 años, en la población mayor hay menor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses y mayor prevalencia de consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides. Las mujeres de esa edad presentan menor consumo de alcohol y tabaco, pero en ellas es más frecuente el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides.
(Ros Cucurull, 2018)	La tesis analiza el deterioro cognitivo asociado al consumo de sustancias en personas mayores de 65 años y estudia la presencia de factores relacionados con el consumo según el sexo del paciente. Se encontró que el consumo patológico de alcohol y benzodiazepinas se relaciona con el deterioro cognitivo en diversas áreas y que la abstinencia durante seis meses de seguimiento puede mejorar el funcionamiento cognitivo y el pronóstico de estos pacientes. También se observaron diferencias en el consumo según el sexo del paciente, con una mayor prevalencia de consumo de alcohol en hombres y de benzodiazepinas en mujeres. Además, se encontró una mayor adherencia al régimen de tratamiento en personas mayores que en la población general con problemas de consumo.
(Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017)	En España, el alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas por la población de 15 a 64 años, mientras que el cannabis es la droga ilegal más consumida. El consumo de hipnosedantes es mayor en mujeres y en personas mayores de 45 a 64 años. El consumo de heroína es bajo, pero los consumidores de heroína tienen un mayor impacto sociosanitario debido a la exclusión social y la infección por VIH y VHC. El envejecimiento de la población y de los consumidores de drogas es un desafío en la prevención, atención y reducción de riesgos. Es necesario aumentar el conocimiento sobre la población mayor de 64 años, abordar el envejecimiento de la población consumidora y mejorar el tratamiento y seguimiento de las personas mayores con adicciones crónicas en los servicios sanitarios y sociales. También se necesita ampliar y adaptar la oferta de servicios y programas a las necesidades diferenciales de los drogodependientes mayores y promover la investigación en áreas complementarias de interés en el fenómeno de las adicciones.
(Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021)	La encuesta EDADES 2019/2020 analiza el consumo de sustancias y conductas adictivas en España. En la franja de mayores de 64 años, el consumo es menor en comparación con la franja de 15-64 años. El consumo de alcohol es del 67 % en hombres y 30,9 % en mujeres en los últimos 30 días, con un mayor consumo de vino. El consumo de hipnosedantes es del 33,3 % en mujeres y 13,5 % en hombres, y un 4,3 % de mayores de 64 años podría tener un trastorno por consumo. El consumo de tabaco es del 17,6 % en hombres y 7,4 % en mujeres en el último mes. Los mayores de 64 años también pueden presentar trastornos por juego con dinero en un 1,3 %.

AUTORÍA	RESUMEN
(Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020)	El consumo de drogas sigue siendo un problema de salud pública en España, con mayor prevalencia en grupos de edad avanzada. Los patrones de consumo varían según la sustancia, pero es común el consumo diario y el uso de múltiples drogas. Los pacientes que acuden a tratamiento o urgencias suelen ser personas de edad avanzada con antecedentes de tratamiento previo. Además, se observa un envejecimiento de la cohorte de consumidores de drogas, reflejado en la edad media de los fallecidos y la presencia de opioides en estas muertes. Es necesario seguir trabajando en la prevención, tratamiento y reducción de riesgos asociados al consumo de drogas en España.
(Martínez Batlle, 2019)	La tesis tiene como objetivo identificar los factores biopsicosociales que influyen en la salud de personas con VIH y/o VHC en España a través de tres líneas de investigación. La primera línea se centra en los factores que afectan la respuesta al tratamiento antirretroviral y la clínica del VIH o la coinfección VIH-VHC. La segunda línea investiga la percepción y expectativas de pacientes mayores de 45 años con VIH y su perfil biopsicosocial. La tercera línea se enfoca en la percepción, calidad de vida y expectativas de pacientes con VHC en relación con su enfermedad. El consumo de drogas es un factor de riesgo significativo para la salud y ha sido prevalente en personas con VIH y VHC. El estudio encuentra que el uso de drogas se relaciona con una peor calidad de vida y una pérdida de control de la infección. Además, el estudio muestra que el grupo de personas que practican el chemsex es especialmente susceptible a tener un peor estado de salud. También se encontraron altas tasas de consumo de sedantes o ansiolíticos sin prescripción médica, antidepresivos y drogas recreativas en personas con VIH que envejecen. El uso de drogas inyectadas se relaciona con una peor percepción del estado de salud y comorbilidades en personas con VHC nacidas antes de 1997.
(Adán et al., 2016)	El informe se centra en las adicciones en personas mayores de 40 años en España y Europa, y presenta ejemplos de buenas prácticas en la atención a estas personas en Barcelona, Amberes, Luxemburgo, Leeuwarden y La Haya. También se ha creado un conjunto de herramientas en línea llamado "Betrad Toolbox" para mejorar la atención a este grupo. La edad media de inicio de tratamiento para el consumo de opiáceos y cocaína en España es de 41 y 36 años, respectivamente. La mayoría de los inicios de tratamiento ocurren en la franja de edad de 40 a 54 años. En Europa, muchas personas que usan opiáceos y tienen 40 o 50 años están envejeciendo. Antes de 2010, ningún estado miembro de la UE tenía una estrategia para tratar a los consumidores de drogas de edad avanzada. El Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2017-2020 menciona explícitamente el envejecimiento y el consumo de drogas como parte de la reducción de la demanda de drogas.
(Galluzzo y Scafato, 2010)	Se describe un informe que revisa la evidencia del impacto del alcohol en la salud de las personas mayores y recopila ejemplos europeos de buenas prácticas para prevenir el consumo de alcohol en este grupo de edad. Uno de los informes se enfoca en la revisión de los efectos del alcohol en la salud, concluyendo que todas las patologías se ven agravadas por el consumo de alcohol, especialmente en cantidades importantes. El otro informe se centra en las buenas prácticas para prevenir el consumo de alcohol en personas mayores en Europa y destaca la necesidad de estrategias para ayudar a los bebedores mayores, ya que se vuelven más susceptibles a los efectos del alcohol a medida que envejecen. La falta de datos completos y armonizados para personas mayores de 65 años ha impedido una evaluación del impacto real del consumo de alcohol en este grupo de edad.

AUTORÍA	RESUMEN
(Cantos, 2015)	Se presenta una revisión bibliográfica y una investigación empírica sobre la exclusión social y las drogodependencias en personas mayores de 43 años con larga trayectoria de consumo problemático de drogas. Se analizan diferentes ámbitos que influyen en la exclusión social de este colectivo y se identifican los factores que les pueden afectar. Los resultados muestran que este colectivo sufre una situación de extrema exclusión social en diversos ámbitos, con importantes dificultades sociosanitarias, falta de acceso a la vivienda, el empleo y la formación, redes sociales y familiares inexistentes o muy deterioradas, y barreras personales que impiden una plena participación en derechos y obligaciones. Se establecen una serie de recursos deseables para apoyar los diferentes ámbitos mencionados anteriormente y se destaca la importancia de abordar la exclusión social en este colectivo y la necesidad de establecer medidas para apoyar su inclusión en la sociedad.
(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018)	Se presentan datos generales del consumo de sustancias ilegales en España, enfocado en las políticas, impacto económico, social y legal del consumo de drogas ilegales. Se destacan las estrategias preventivas y los recursos terapéuticos disponibles a nivel europeo y específicamente en España, así como las principales drogas consumidas y sus efectos. Se hace especial énfasis en la mortalidad causada por consumos de alto riesgo, donde se menciona que más de la mitad de las muertes se dan en personas mayores de 40 años. También se informa sobre los recursos existentes en España para el tratamiento de adicciones, sin especificar la edad de los pacientes atendidos. Finalmente, se presentan datos del consumo de drogas en la población entre 45 y 64 años, sin especificar la edad de los consumidores de opiáceos de alto riesgo.
(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017)	El estudio observacional mediante cuestionario y encuesta sobre drogas en población española con muestreo aleatorio se realizó para obtener información sobre incidencias y prevalencias en consumo de drogas. Los resultados indican que la mayoría de las muertes por drogas en España se deben al consumo de drogas ilegales como opioides y cocaína. En los últimos cinco años, se ha registrado una estabilización en las tendencias de defunciones por drogas, con 556 fallecimientos en 2014. La mayoría de las víctimas son hombres y más de la mitad de ellas tienen más de 45 años. En 2014, la tasa de mortalidad por drogas entre adultos (15-64 años) se situó en 14,8 defunciones por millón de habitantes, por debajo de la media europea.
(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008)	Se señala que el uso problemático de medicamentos de venta con y sin receta en adultos mayores es un problema común que necesita ser abordado. También indica que la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en adultos mayores está aumentando, por lo que los servicios de tratamiento de drogodependencias deben prepararse para enfrentar el aumento previsto en la demanda de atención para este grupo de edad. Además, los adultos mayores pueden presentar numerosos problemas sociales, psicológicos y de salud que aumentan el riesgo de consumo de sustancias, por lo que es necesario prestar atención específica a estos problemas para que las intervenciones dirigidas a este grupo sean eficaces. Se recomienda adaptar el tratamiento para los consumidores mayores con abuso de sustancias a sus necesidades específicas y prestar más atención a las enfermedades comórbidas que afectan a los adultos mayores para mejorar la eficacia del tratamiento.

# DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo revisar la literatura científica existente sobre el efecto del consumo de drogas en personas de más de cuarenta años en España. Los principales resultados indican que la mayor parte de los trabajos incluidos en la revisión analizan el efecto orgánico del consumo de alcohol en un entorno hospitalario. A continuación, se incluirán varios apartados relativos a las fuentes empleadas, vacíos detectados existentes significativos sobre el conocimiento científico existente sobre el tóxico, un análisis de las implicaciones de los resultados obtenidos, poniendo especial atención en los factores de riesgo y los factores de protección relacionados con la edad y finalmente se expondrán recomendaciones para la investigación científica y diseño y el desarrollo de políticas públicas.

## FUENTES Y UTILIZACIÓN DE LA EVIDENCIA

Tal y como se identificó a través de esta revisión, la mayor parte de la información relativa la relación con la edad avanzada de personas con adicciones a drogas procede de estudios publicados en revistas científicas. La literatura gris adoptó una visión más holística esta realidad y aportó un mayor detalle en aspectos relacionados con las políticas públicas, el análisis concreto de poblaciones de personas mayores con problemas de adicciones y los factores biopsicosociales relacionados. Una posible explicación de esta diferencia de contenido es que la literatura gris puede estar basada en los datos y experiencias de administraciones y proveedores de servicios de primera línea que trabajan con personas drogodependientes y, por tanto, puede reflejar de forma más directa los datos epidemiológicos como las necesidades/obstáculos de respectivas instituciones.

## IDENTIFICACIÓN DE VACÍOS SIGNIFICATIVOS DEL CONOCIMIENTO EXISTENTE

Apenas se estudia la población que utiliza servicios de reducción de daños (un estudio) y comunidades terapéuticas u otros servicios residenciales (un estudio). Los estudios sobre el impacto del consumo en la salud orgánica son más frecuentes (46 estudios) en comparación con los estudios epidemiológicos (ocho estudios), sociocomunitarios (nueve estudios) y psicológicos (catorce estudios).

La mayoría de los artículos analizan el impacto del consumo de alcohol y tabaco en la salud, mientras que hay poca información sobre otras drogas como la cocaína, el cannabis, los

hipnóticos, sedantes, analgésicos y la heroína. El alcohol se menciona en más de seis de cada diez de los artículos revisados, seguido del tabaco con dos artículos y medio de cada diez. El resto se han repartido entre las demás sustancias incluidas. Se necesitan pues, más estudios sobre el impacto del consumo de cannabis, hipnosedantes, heroína y, en menor medida, cocaína en personas mayores.

Hay una escasez de estudios sobre el impacto de las políticas de salud pública en la población mayor, y también sobre el impacto de las intervenciones de reducción de daños y atención integral.

Aunque más de la mitad de la población estudiada en los artículos son mujeres, es necesario contar con bibliografía específica sobre este grupo, atendiendo sus características y necesidades específicas, más allá de la mera descripción del género.

También se requieren más estudios y artículos dirigidos a personas mayores de 65 años, ya que generalmente son ignoradas en las encuestas y análisis.

El cuarenta por ciento de la población estudiada proviene de entornos hospitalarios. Sería beneficioso realizar un mayor número de estudios desde los centros especializados en adicciones para tener una perspectiva más amplia.

Además del enfoque mayoritario en la afectación orgánica, existe una falta de información sobre factores sociales como la exclusión social, los factores económicos y los factores psicológicos.

Se requieren estudios que aborden la población envejecida en entornos penitenciarios. Sería valioso investigar cómo el envejecimiento afecta a las personas que tienen problemas de adicción y consumen sustancias en este contexto específico.

Sería conveniente incluir la variable *edad* en todos los estudios y recopilación de datos relacionados con la población que busca tratamiento por adicciones y consumo de sustancias.

También sería importante diferenciar entre aquellas personas que tienen una adicción de aquellas que son consumidoras de riesgo, ya que la adicción afecta todos los aspectos de la vida de una persona. Al hacerlo, se podría mejorar el conocimiento social sobre los trastornos adictivos y su relación con la edad.

La mayor parte de los diseños de los estudios científicos y de la literatura gris son transversales y observacionales. Los estudios longitudinales y experimentales son excepcionales. Por otro lado, se da una ausencia de propuestas de políticas públicas dirigidas a personas drogo-dependientes de edad avanzada.



No existen programas específicos de atención especializada en drogodependencias para personas de edad avanzada, ni tampoco propuestas para su evaluación.

## IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS DE LA BIBLIOGRAFÍA REVISADA

Los resultados de la bibliografía revisada han demostrado que las consecuencias de las adicciones a drogas en personas de edad avanzada son polifacéticas y tienen relación con factores biológicos, psicológicos y sociales. En algunas circunstancias la edad se ha posicionado como un factor de riesgo que agrava el desarrollo y pronóstico de la persona y, por otro lado, como un factor de protección. A continuación, se describirán los factores de riesgo y protección detectados en los documentos analizados.

### *Factores de riesgo*

- En las personas de edad avanzada existieron mayores riesgos de problemas relacionados con el consumo de tabaco y alcohol y menos con el consumo de cannabis (Lopez-Rodriguez y Valladolid, 2018).
- El consumo de alcohol, fármacos y otras drogas en personas de edad avanzada son un factor de riesgo de una peor salud (Cordero y Fontanillo, 2015).
- El consumo de sustancias en edades avanzadas tiene mayor impacto negativo en la salud física que las más jóvenes y de mortalidad: pacientes con dependencia al alcohol y neumonía conlleva a más complicaciones de salud como bacteriemia, empiema y retraso en la estabilidad clínica. (García-Vidal et al., 2009).
- En pacientes con consumo de cocaína a mayor edad mayor riesgo de infarto de miocardio: (Gili et al., 2014).
- Consumo de alcohol influye en el riesgo de mortalidad (Jarque-López et al., 2001), también en personas con trastorno por consumo de alcohol y neumonía neumocócica adquirida (Gili-Miner et al., 2015).
- Tener mayor edad y consumir alcohol implica mayor riesgo de mortalidad prematura (Guitart et al., 2011), junto con factores sociales como la soltería, separación, viudedad (Pérez-Barquero et al., 2001), así como mayor riesgo de suicidio en personas de edad avanzada con trastorno por consumo de alcohol (Parra-Urbe et al., 2017).

- En personas consumidoras de drogas a partir de 40 años ya se observa un mayor riesgo de mortalidad por problemas agudos como sobredosis o lesiones (Molist et al., 2018).
- El uso de fármacos opioides también se relaciona con mayor riesgo de mortalidad en pacientes de edades 35-44 años y el de 45-54 años (Salazar et al., 2019).
- La sobredosis por fármacos es el método de suicidio predominante entre las personas de 60 años o más (Värnik et al., 2011).
- El consumo continuado de alcohol en pacientes hepáticos implica mayor riesgo de mortalidad (Altamirano et al., 2017; Fuster, Sanvisens, Bolao, Zuluaga, et al., 2015).
- La tasa de mortalidad bruta aumentaba significativamente con la edad, tanto entre los consumidores de cocaína como entre los consumidores de cocaína y heroína (Miguel-Arias et al., 2016).
- Tener más de 45 años puede suponer más riesgo de prescripción de un mayor número de medicamentos en comparación a los grupos más jóvenes. (Grau-Lopez et al., 2014).
- El consumo abusivo de fármacos hipnóticos y sedantes es más prevalente en mujeres entre 36-45 años. (Rubio González et al., 2016).
- En edades avanzadas, las mujeres tenían más riesgo de consumir drogas bajo la influencia de varios factores de estrés (personal, familiar y económico). Los hombres tenían más riesgo de problemas cardíacos. Tener antecedentes psiquiátricos familiares o personales aumentaba el riesgo de consumo de sustancias. Los hombres tendían a consumir más alcohol, mientras que las mujeres consumen fármacos de prescripción.
- (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Daigre, et al., 2018).
- En pacientes de edades avanzadas el consumo de riesgo de alcohol, así como benzodiacepinas tiene impacto en el estado cognitivo de las personas, observándose deterioro cognitivo. (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018).
- La edad avanzada y ser mujer, además de mayor comorbilidad psiquiátrica, menor apoyo familiar y social, menores recursos económicos, mayor estigmatización y soledad son factores de riesgo de no acceder a servicios especializados de tratamiento (Pozo, 2015).
- La neumonía adquirida en pacientes alcohólicos con edades más avanzadas conlleva mayor riesgo de bacteriemia, empiema y retraso en la estabilidad clínica (García-Vidal et al., 2009).
- La prevalencia de infartos agudos de miocardio es mayor en pacientes con trastornos por consumo de cocaína, especialmente en grupos de edad de 35 a 64 años, en comparación con el grupo de referencia de menos de 35 años (Gili et al., 2014).

- Tanto hombres como mujeres con alcoholismo tienen una edad significativamente más baja al momento de la muerte en comparación con los no alcohólicos. La mortalidad es más alta en el grupo de personas con alcoholismo, incluso con una gran diferencia de edad al momento de la muerte. El consumo de alcohol acorta la vida de hombres y mujeres con problemas de alcoholismo (Jarque-López et al., 2001).
- La mortalidad por reacción aguda debido al consumo de drogas es más prevalente en personas con una larga historia de consumo. Contrariamente a lo esperado, la experiencia en el consumo de drogas no es un factor de protección, sino un factor de riesgo que se asocia con una mayor vulnerabilidad (Miguel-Arias et al., 2016).
- Las tasas de admisión a tratamiento por trastornos por uso de sustancias son más altas en los grupos de edad de 35 a 44 años y de 45 a 54 años. Hay menos pacientes en tratamiento menores de 24 años o mayores de 65 años (Villalbí et al., 2018).
- Entre los pacientes mayores de 65 años que buscan tratamiento, la mayoría lo hacen debido al consumo de alcohol. Un porcentaje significativo de estos pacientes informa de abstinencia de alcohol en los últimos 6 meses, lo que sugiere la necesidad de intervenciones específicas para el manejo de la abstinencia en este grupo de edad (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018).

### ***Factores de protección***

- La abstinencia prolongada en edades avanzadas, considerada estas a partir de seis meses, mejora el estado cognitivo. (Ros-Cucurull, Palma-Álvarez, Cardona-Rubira, et al., 2018).
- Mayor retención al tratamiento en personas de edades avanzadas en servicios especializados (Calvo et al., 2018).
- Los pacientes con mayor edad referían un mayor grado de cumplimentación a los fármacos antirretrovirales. Esta mayor adherencia podría darse por un mayor conocimiento de la combinación farmacológica, la importancia de la toma de la medicación, menor miedo a la enfermedad y mayor entendimiento de las instrucciones del médico (Ruiz-Pérez et al., 2006).
- Menor riesgo de recaídas (Barrio et al., 2017).
- Mayor adherencia al tratamiento para dejar de fumar en personas de edades más avanzadas (más 50 años) que en las más jóvenes (Morchon et al., 2007), (Nerín et al., 2005).

- En personas consumidoras de cocaína y heroína el exceso de mortalidad disminuyó con la edad, y se podría explicar por la disminución con la edad del riesgo de sobredosis mortal con opiáceos, como resultado de la experiencia y el aprendizaje, y por la diferencia de supervivencia (las personas más vulnerables mueren más jóvenes) (de la Fuente, Molist, Espelt, Barrio, Guitart, Bravo, Brugal, et al., 2014).
- La abstinencia en edades avanzadas puede suponer una menor probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol y de pánico (Márquez et al., 2003).
- En tabaquismo una de las variables que predicen significativamente la recaída es ser más joven (González-Roz et al., 2019).

## RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Existe la necesidad de **realizar más investigaciones en el ámbito psicosocial**, centrándose en la calidad de vida, autonomía, exclusión social y aislamiento, así como en los determinantes sociales y su impacto en la salud y calidad de vida.
- En relación con el **deterioro cognitivo**, es importante determinar perfiles de personas mayores que consumen sustancias, más allá de la variable de edad. Los clínicos deben considerar indicadores para identificar signos de envejecimiento. El desarrollo de una adicción puede provocar daño cerebral, especialmente en el caso del consumo crónico de sustancias, lo cual dificulta la evaluación y el abordaje neurológico y neuropsicológico de estos pacientes. Se requieren enfoques de tratamiento adaptados que tengan en cuenta las limitaciones y dificultades propias del deterioro cognitivo y que no dependan únicamente de prolongados períodos de abstinencia.
- Se requiere **aumentar el conocimiento epidemiológico y sociosanitario** en la población de edades avanzadas, y no limitarse únicamente a los mayores de 64 años.
- Es necesario **ampliar el conocimiento sobre los efectos del consumo continuado de cocaína, heroína, hipnosedantes y otras drogas**, además del alcohol y el tabaco.
- Se deben realizar **estudios y evaluaciones sobre la prescripción y uso de psicofármacos** que pueden generar dependencia o tener un riesgo potencial de mortalidad. Así, se deben abordar la prescripción y uso de psicofármacos, proporcionando educación y sensibilización sobre los riesgos asociados con el uso inadecuado o fuera de pauta, así como la combinación con alcohol y otras drogas. Es necesario un enfoque de tratamiento adaptado y un sistema de prescripción mejorado para prevenir daños y ayudar a esta población a recuperar su nivel cognitivo propio de la edad.

- Es crucial **desarrollar protocolos específicos dirigidos a la población mayor**, brindando información y sensibilización sobre aspectos clave para su salud, como la importancia de evitar el consumo de alcohol en pacientes con problemas hepáticos y las afectaciones cognitivas causadas por el consumo de sustancias.
- En el abordaje del consumo de alcohol, es fundamental **implementar protocolos de detección precoz en pacientes mayores en atención primaria, evitando confusiones con los signos propios del envejecimiento**. Además, se deben promover intervenciones breves en atención primaria para beneficiar la salud pública.
- Se debe considerar las **tendencias de consumo diferenciadas por edad y género** al abordar el consumo de sustancias.
- Es importante adoptar una **perspectiva de género** en el abordaje de las mujeres mayores, quienes suelen enfrentar precariedad en salud mental y situación social, mayor comorbilidad psiquiátrica, menor apoyo familiar y social, así como menos recursos económicos y mayor estigmatización y soledad.
- Se deben incorporar **herramientas de cribado cognitivo** dirigidas a pacientes con trastornos por consumo de sustancias, así como orientaciones sobre cómo adaptar el tratamiento a su estado cognitivo. Se requiere un enfoque de tratamiento temprano y específico, además de una mejor coordinación con otros servicios sanitarios adaptados a esta población.
- Se debe promover la **perspectiva de prevención y de reducción de daños** en los servicios de atención a personas mayores o en situación de dependencia.
- Los adultos mayores con trastornos por consumo de sustancias tienen necesidades específicas, especialmente las mujeres mayores. Se deben desarrollar **intervenciones específicas** de gestión, prevención y tratamiento, incluyendo enfoques integradores y multidisciplinarios.
- También se recomienda abordar aspectos como la **interculturalidad, la documentación necesaria para entrar en residencias, y las listas de espera**, los cuales requieren atención y abordaje específico. Como se ha visto, Además del enfoque mayoritario en la afectación orgánica, existe una falta de información sobre factores sociales como la exclusión social, los factores económicos y los factores psicológicos. Se deben incluir personas en situaciones de especial vulnerabilidad como personas mayores en centros penitenciarios o en situación de exclusión residencial.
- Destaca la ausencia de estudios llevados a cabo en España con personas en situaciones sociales especialmente vulnerables. Sería necesario promocionar estudios científicos con

personas en situaciones que pudieran incluir en el envejecimiento prematuro como **personas en situación de sin hogar** u otras situaciones de exclusión social o deprivación extrema.

- También es necesario desarrollar **proyectos de investigación sobre la efectividad de los tratamientos especializados en drogodependencias** llevados a cabo con personas de edad avanzada, especialmente en entornos de tratamiento residencial cuyos estudios, con una excepción, han sido inexistentes.
- En cuanto a las **políticas de salud pública**, se sugiere que se centren en mejorar el abordaje de los problemas de adicción en personas jóvenes, incorporando profesionales capacitados en reducción de riesgos y prevención en el ámbito comunitario. De esta manera, se busca evitar que lleguen a edades avanzadas con adicciones establecidas y los consecuentes daños orgánicos, de salud mental y cognitivos asociados.
- Se proponen estrategias para ayudar a las **personas con adicción al alcohol mayores**, considerando que los cambios significativos en la vida y el proceso de envejecimiento los hacen particularmente vulnerables al abuso del alcohol. Es esencial que los signos de consumo nocivo no se pasen por alto ni se confundan con los síntomas generales del envejecimiento.
- Se sugiere implementar estrategias de atención en todas las comunidades autónomas dirigidas al tratamiento o acceso a la atención en las **que la abstinencia no sea una condición indispensable**.
- Se aboga por la promoción del **desarrollo de programas específicos dirigidos a grupos de mayores con problemas de adicción**, enfocándose principalmente en el alcohol, tabaco, hipnosedantes y heroína. Estos programas deberían incluir su evaluación.
- Se resalta la necesidad de **fomentar estudios sobre adicciones y envejecimiento**, ya que, aunque se ha observado un aumento en el número de estudios en los últimos años, como vemos existen muchos vacíos por cubrir. Sería prioritario desarrollar ensayos clínicos que evalúen el efecto en la salud biopsicosocial del consumo de drogas, priorizando los aspectos de la salud psicológica y social, aspectos especialmente ocultos según el conocimiento actual.
- También se subraya la importancia de **implementar políticas que promuevan la participación social y también la inclusión social** de las personas mayores con problemas de adicción, asegurando que se les brinde atención en centros adecuados, ya sea en centros para personas mayores o en centros especializados en adicciones.

En resumen, se requiere una atención específica y abordajes adaptados para tratar los problemas de adicción en la población mayor, considerando las características propias de esta etapa de la vida y las necesidades particulares de cada individuo. Además, es necesario ampliar el conocimiento, mejorar las políticas de salud pública y promover la inclusión social para garantizar una atención integral y efectiva a este grupo de población.

## PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La revisión sistemática exploratoria que aquí se presenta es la primera de este tipo que analiza de forma exhaustiva los conocimientos actuales sobre el efecto en la salud de la adicción a drogas en personas con adicción a drogas. Lo que es más importante de esta revisión, es que ha integrado y contextualizado los hallazgos relevantes de la literatura científica revisada por pares y de la literatura gris, y ha empleado una búsqueda multilingüe para aumentar la exhaustividad de la literatura identificada. Así, a pesar de que la variable edad se incluye en multitud de estudios científicos sobre drogodependencias, hay una ausencia de artículos científicos que específicamente traten el tema del efecto de la edad en el desarrollo de la salud de las personas con drogodependencias.

La limitación principal del trabajo es que los resultados obtenidos son muy heterogéneos en base precisamente a que los objetivos de los estudios incluidos tienen focos muy variables ya que la edad se ha considerado mayoritariamente como una variable independiente y, por lo tanto, sus resultados han estado muy diseminados.

## CONCLUSIONES

La población de personas de edad avanzada con adicciones a drogas ha aumentado rápidamente en los últimos años, pero existe una considerable falta de conocimiento científico relacionado con el efecto de la edad en el desarrollo de su salud.

España se enfrenta al desafío de proporcionar una oferta específica de prevención, tratamiento y reducción de daños dirigida a la población de edad avanzada, lo cual requiere aumentar la visibilidad de este subgrupo de personas con adicciones a drogas y comprender sus necesidades concretas.

En España, se conoce poco acerca de la situación de las personas de edad avanzada consumidoras de drogas debido a la escasez de estudios específicos sobre esta cuestión. Hasta la fecha, no se han realizado esfuerzos sostenibles para promover o proporcionar tratamientos específicos para personas de edad avanzada con dependencias de drogas. Esperamos que los

conocimientos, las ideas y las recomendaciones aquí expuestos impulsen el abordaje crítico de las complejas cuestiones que rodean este tema.

## CONFLICTO DE INTERESES

Elena Adán y Teresa de Gispert forman parte de la Subdirección General de Adicciones, VIH, Enfermedades de Transmisión Sexual i Hepatitis Víricas de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Carlos Belmar es miembro del equipo del Plan Nacional sobre Drogas, del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Francisco Pascual es presidente de la Sociedad Científica Socidrogalcohol. Xavier Ferrer es director técnico de Fundación Salud y comunidad. Todos ellos están involucrados en procesos de diseño, financiación, establecimiento y evaluación de políticas públicas relacionadas con los consumos de drogas y sus consecuencias.

## FINANCIACIÓN

Esta revisión estuvo financiada por la Federación Española de Municipios y Provincias a través del Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad a través de dos contratos de investigación con la Universitat de Girona. El primero de ellos entre el 23 de diciembre de 2021 y el 30 de marzo de 2022 con el objetivo de realizar el trabajo de lectura y vaciado de información de los artículos científicos (Contrato CS001/2213/01/2022, Convocatoria F832022A, Código 004299) y el segundo entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2022 con el objetivo de proceder a la redacción del informe metodológico y de resultados final (Contrato CS089/2218/10/22, Convocatoria F832022A, Código 004500)



# REFERENCIAS

- Adán, E., Becker, G., Carbonell, J., Colom, J., Ferrer, R., De Gispert, T., Hudepohl, M., Kapp, M., Lodo, M., Molins, A., Padberg, C., Pierre, J N., Pinazo-Hernandis, S., Rolle, C., Schatz, E., Y Stöver, H. (2016). *Betrad. Un mejor tratamiento para personas consumidoras de drogas que envejecen Informe Nacional España. Informe nacional: España*. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/9589>
- Alonso Formento, E., Muñoz, P. S., Satué, A. L., Faci, T. V., Izquierdo, C. D. L. C., y Aragüés, G. M. (2007). Excessive consumption of alcohol by the geriatric population and its relationship with psychiatric drugs. *Atencion Primaria*, 39(10), 541-545. <https://doi.org/10.1157/13110734>
- Altamirano, J., López-Pelayo, H., Michelena, J., Jones, P. D., Ortega, L., Ginès, P., Caballería, J., Gual, A., Bataller, R., y Lligoña, A. (2017). Alcohol abstinence in patients surviving an episode of alcoholic hepatitis: prediction and impact on long-term survival. *Hepatology*, 66(6), 1842-1853. <https://doi.org/10.1002/hep.29338>
- American Psychiatric Association. (n.d.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*.
- Antón, E., Sala, M., Mallolas, J., Navarro, G., Cervantes, M., Gatell, J. M., y Segura, F. (2005). Clinical and epidemiological study of a series of HIV-infected patients over 50 years old. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 23(3), 145-148. <https://doi.org/10.1157/13072164>
- Arksey, H., Y O'malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *Methodology, Internation Journal of Social Research*, 8(1), 19-32.
- Arribas-Ibar, E., Suelves, J. M., Sanchez-Niubò, A., Domingo-Salvany, A., Y T. Brugal, M. (2017). Suicidal behaviours in male and female users of illicit drugs recruited in drug treatment facilities. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 292-298. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2016.11.011>
- Ausín, B., Muñoz, M., Santos-Olmo, A. B., Pérez-Santos, E., Y Castellanos, M. A. (2017). Prevalence of mental disorders in the elderly in the community of Madrid: results of the Mentdis\_ICF65+ Study. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, E6. <https://doi.org/10.1017/SJP.2017.3>
- Avellaneda-Gómez, C., Serra Martínez, M., Rodríguez-Campello, A., Ois, E., Cuadrado-Godia, E., Giralte-Steinhauer, R., Vivanco-Hidalgo, J., Jiménez-Conde, A., Gómez-González, P., De Ceballos Cerrajería, A., Zabalza De Torres, M., Mola-Caminal, C., Soriano-Tárraga, C., Y Roquer, J. (2018). Alcohol overuse and intracerebral hemorrhage: characteristics and long-term outcome. *European Journal of Neurology*, 25(11), 1358-1364. <https://doi.org/10.1111/ENE.13734>
- Ayres, R. M., Eveson, L., Ingram, J., Y Telfer, M. (2012). Treatment experience and needs of older drug users in Bristol, UK., 17(1), 19-31. <https://doi.org/10.3109/14659891.2010.513756>
- Barrot, C., Sánchez, C., Abellana, R., Ortega, M., y Gené, M. (2012). Genetic polymorphisms as tool indicators for individual vulnerability to smoking behaviour. *Medicina Clínica*, 140(2), 49-52. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2012.05.041>

- BeTrAD Comission. (2018). *Best practices collection better treatment for ageing drug user toolbox*.  
<https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/f1824a08-daac-4e67-ba6f-f4812a4734be/Toolbox.pdf>
- Bosque-Prous, M., Kunst, A. E., Brugal, M. T., y Espelt, A. (2017). Changes in alcohol consumption in the 50- to 64-year-old European economically active population during an economic crisis. *European Journal of Public Health*, 27(4), 711-716. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKX044>
- Bosque-Prous, M., Mendieta-Paredes, J., Bartroli, M., Teresa Brugal, M., y Espelt, A. (2018). Cancer and alcohol consumption in people aged 50 years or more in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 53(3), 317-324. <https://doi.org/10.1093/ALCALC/AGX110>
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., y Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria*, 50(8), 477-485.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Cantos, R. (2015). *Barreras a la inclusión social de población drogodependiente cronificada. Análisis desde la perspectiva de género*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2015\\_Barreras\\_inclusion\\_social.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2015_Barreras_inclusion_social.pdf)
- Carrillo, X., Curós, A., Muga, R., Serra, J., Sanvisens, A., y Bayes-Genis, A. (2011). Acute coronary syndrome and cocaine use: 8-year prevalence and inhospital outcomes. *European Heart Journal*, 32(10), 1244-1250. <https://doi.org/10.1093/EURHEARTJ/EHQ504>
- Castellanos-García, E., y Carrillo-Conde, M. A. (2018). Prevalence of reactivity to the tuberculin test and associated factors in the population attended at a drug addiction center in the period 2013-2016. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 20(2), 55.
- Cordero, R., y Fontanillo, P. (2015). Las personas mayores y su salud: Situación actual. *Avances En Odontología*, 31(3), 107-116.
- Cornuz, J., Gilbert, A., Pinget, C., McDonald, P., Slama, K., Salto, E., y Paccaud, F. (2006). Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. *Tobacco Control*, 15(3), 152-159. <https://doi.org/10.1136/TC.2005.011551>
- de la Fuente, L., Molist, G., Espelt, A., Barrio, G., Guitart, A., Bravo, M. J., y Brugal, M. T. (2014). Mortality risk factors and excess mortality in a cohort of cocaine users admitted to drug treatment in Spain. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.07.001>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2017). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA\\_N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf)
- EMCDDA. (2017). *European drug report 2017: trends and developments*. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017_en)

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2008). *Consumo de sustancias en adultos mayores: Un problema olvidado*. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/504/TDAD08001ESC\\_web\\_94427.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/504/TDAD08001ESC_web_94427.pdf)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *España. Informe del país sobre drogas 2017*. [https://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC\\_1](https://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC_1)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *España. Informe sobre drogas 2018*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/InformeDrogasEspana2018\\_CDR2018Espanol.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/InformeDrogasEspana2018_CDR2018Espanol.pdf)
- Fernandez-Sobrino, A. M., Fernández-Rodríguez, V., y López-Castro, J. (2009). Consumo de benzodiazepinas en una muestra de pacientes en Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos (PTDO). *Adicciones*, 21, 143-146.
- Fonseca, F., Marti-Almor, J., Pastor, A., Cladellas, M., Farré, M., de la Torre, R., y Torrens, M. (2009). Prevalence of long QTc interval in methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 327-332. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.06.018>
- Fuente, L., Brugal, T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira-León, M., y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 505-520.
- Fuster, D., Garcia-Calvo, X., Zuluaga, P., Rivas, I., Sanvisens, A., Tor, J., y Muga, R. (2018). Ultrasound findings of liver damage in a series of patients consecutively admitted for treatment of alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 195-199. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.012>
- Fuster, D., Sanvisens, A., Bolao, F., Serra, I., Rivas, I., Tor, J., y Muga, R. (2015). Impact of hepatitis C virus infection on the risk of death of alcohol-dependent patients. *Journal of Viral Hepatitis*, 22(1), 18-24. <https://doi.org/10.1111/JVH.12290>
- Fuster, D., Sanvisens, A., Bolao, F., Zuluaga, P., Rivas, I., Tor, J., y Muga, R. (2015). Markers of inflammation and mortality in a cohort of patients with alcohol dependence. *Medicine*, 94(10), e607. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000607>
- Galluzzo, L., y Scafato, E. (2010). *Good health into older age*. [https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/projectes\\_internacionals/vintage\\_arxiu/VINTAGE-Final-TechnicalImplementationReport\\_website.pdf](https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/projectes_internacionals/vintage_arxiu/VINTAGE-Final-TechnicalImplementationReport_website.pdf)
- García Mas, M. P. (1988). *Consumo de sustancias tóxicas en la tercera edad*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Benabarre, A., Florez, G., Bascaran, M. T., Díaz, E. M., Bousoño, M., y Bobes, J. (2010). Impact of substance use on the physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 437-445. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2009.01498.X>

- García-Rodríguez, J. F., Álvarez-Díaz, H., Lorenzo-García, M. V., Mariño-Callejo, A., Fernández-Rial, Á., y Sesma-Sánchez, P. (2011). Extrapulmonary tuberculosis: epidemiology and risk factors. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(7), 502-509. <https://doi.org/10.1016/J.EIMC.2011.03.005>
- García-Vidal, C., Carratalà, J., Díaz, V., Dorca, J., Verdaguer, R., Manresa, F., y Gudiol, F. (2009). Factors associated with prolonged hospital stay in community-acquired pneumonia. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 27(3), 160-164. <https://doi.org/10.1016/J.EIMC.2008.06.004>
- Generalitat de Catalunya. (2023). *BeTrAD*. [https://drogues.gencat.cat/es/professionals/proyectos\\_internacionales/betrad/index.html#materiales](https://drogues.gencat.cat/es/professionals/proyectos_internacionales/betrad/index.html#materiales)
- Gili, M., Béjar, L., Ramírez, G., López, J., Cabanillas, J. L., y Sharp, B. (2013). Enfermedad celiaca y trastornos por consumo de alcohol: prolongación de estancias, exceso de costes y mortalidad atribuible. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 105(9), 537-543. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082013000900005>
- Gili, M., Ramírez, G., Béjar, L., López, J., Franco, D., y Sala, J. (2014). Cocaine use disorders and acute myocardial infarction, excess length of hospital stay and overexpenditure. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 67(7), 545-551. <https://doi.org/10.1016/J.REC.2013.11.010>
- Gili-Miner, M., López-Méndez, J., Béjar-Prado, L., Ramírez-Ramírez, G., Vilches-Arenas, Á., y Sala-Turrens, J. (2015). Alcohol use disorders and community-acquired pneumococcal pneumonia: associated mortality, prolonged hospital stay and increased hospital spending. *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*, 51(11), 564-570. <https://doi.org/10.1016/J.ARBR.2015.09.014>
- Gómez, A., Conde, A., Santana, J. M., Jorrín, A., Serrano, I. M., y Medina, R. (2007). The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging y Mental Health*, 10(5), 558-561. <https://doi.org/10.1080/13607860600637729>
- Gómez-Méndez, R., Monte-Secades, R., Ventura-Valcárcel, P., Rabuñal-Rey, R., Guerrero-Sande, H., Chamorro-Fernández, A. J., y Pérttega-Díaz, S. (2018). Incidence rates of admissions associated with alcohol withdrawal syndrome in Spain: analysis of minimum basic data set 1999-2010. *Medicina Clínica (English Edition)*, 151(3), 103-108. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLE.2018.05.034>
- González-Pinto, A., Alberich, S., Barbeito, S., Alonso, M., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Saenz, M., y López, P. (2010). Different profile of substance abuse in relation to predominant polarity in bipolar disorder: the Vitoria long-term follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 250-255. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2009.11.005>
- González-Roz, A., Secades-Villa, R., Pericot-Valverde, I., Weidberg, S., y Alonso-Pérez, F. (2019). Effects of delay discounting and other predictors on smoking relapse. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E9. <https://doi.org/10.1017/SJP.2019.11>
- González-Rubio, E., San Mauro, I., López-Ruiz, C., Díaz-Prieto, L. E., Marcos, A., y Nova, E. (2016). Relationship of moderate alcohol intake and type of beverage with health behaviors and quality of life in elderly subjects. *Quality of Life Research*, 25(8), 1931-1942. <https://doi.org/10.1007/S1136-016-1229-2/TABLES/5>

- Grau, I., Ardanuy, C., Calatayud, L., Schulze, M. H., Liñares, J., y Pallares, R. (2014). Smoking and alcohol abuse are the most preventable risk factors for invasive pneumonia and other pneumococcal infections. *International Journal of Infectious Diseases*, 25, 59-64.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.12.013>
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Miquel, L., Barral, C., Gonzalvo, B., Collazos, F., y Casas, M. (2014). Observational study on medications prescribed to dual-diagnosis outpatients. *Journal of Addiction Medicine*, 8(2), 84-89. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000024>
- Guitart, A. M., Espelt, A., Castellano, Y., Bartroli, M., Villalbí, J. R., Domingo-Salvany, A., y Brugal, M. T. (2011). Impact of alcohol use disorder on mortality: are there age and gender differences? *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.GACETA.2011.03.019>
- Guitart, A. M., Espelt, A., Castellano, Y., Suelves, J. M., Villalbí, J. R., y Brugal, M. T. (2015). Injury-related mortality over 12 years in a cohort of patients with alcohol use disorders: higher mortality among young people and women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(7), 1158-1165.  
<https://doi.org/10.1111/ACER.12755>
- Jarque-López, A., González-Reimers, E., Rodríguez-Moreno, F., Santolaria-Fernández, F., López-Lirola, A., Ros-Vilamajo, R., Espinosa-Villarreal, J. G., y Martínez-Riera, A. (2001). Prevalence and mortality of heavy drinkers in a general medical hospital unit. *Alcohol and Alcoholism*, 36(4), 335-338.  
<https://doi.org/10.1093/ALCALC/36.4.335>
- Jiménez-Ruiz, C. A., Pascual Lledó, J. F., Cicero Guerrero, A., Mayayo Ulibarri, M., Cristóbal Fernández, M., y Perera López, L. (2014). Searching for phenotypes in smoking cessation treatment. *International Journal of Clinical Practice*, 68(12), 1530-1539. <https://doi.org/10.1111/IJCP.12490>
- Johnston, L., Liddell, D., Browne, K., y Priyadarshi, S. (2017). *Responding to the needs of ageing drug users*.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., y Arteaga, A. (2015). Differences between alcoholics and cocaine addicts seeking treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E2.  
<https://doi.org/10.1017/SJP.2015.3>
- López-Rodríguez, J. A., y Valladolid, G. R. (2018). Web-based alcohol, smoking, and substance involvement screening test results for the general spanish population: cross-sectional study. *Journal Of Medical Internet Research*, 20(2), e7121. <https://doi.org/10.2196/JMIR.7121>
- Lumbreras, B., Jarrín, I., del Amo, J., Pérez-Hoyos, S., Muga, R., García-de la Hera, M., Ferreros, I., Sanvisens, A., Hurtado, I., y Hernández-Aguado, I. (2006). Impact of hepatitis C infection on long-term mortality of injecting drug users from 1990 to 2002: differences before and after HAART. *AIDS (London, England)*, 20(1), 111-116. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000196164.71388.3b>
- Madoz-Gúrpide, A., García-Vicent, V., Luque-Fuentes, E., y Ochoa-Mangado, E. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4), 300-308.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289128726003.pdf>

- Magalhaes, L., Carrasco, C., y Gastaldo, D. (2010). Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(1), 132-151. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9280-5>. Undocumented
- Mancebo, A., González-Diéguez, M. L., Cadahía, V., Varela, M., Pérez, R., Navascués, C. A., Sotorríos, N. G., Martínez, M., Rodrigo, L., y Rodríguez, M. (2013). Annual incidence of hepatocellular carcinoma among patients with alcoholic cirrhosis and identification of risk groups. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(1), 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.09.007>
- Márquez, M., Seguí, J., Canet, J., García, L., y Ortiz, M. (2003). Alcoholism in 274 patients with panic disorder in Spain, one of the main producers of wine worldwide. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 237-245. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00054-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00054-X)
- Martínez Batlle, F. (2019). Influencia de factores biopsicosociales sobre el estado de salud de las personas con infección por el VIH y/o el VHC en España [Universitat Autònoma de Barcelona]. In *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/668010#page=1>
- Miguel-Arias, D., Pereiro Gómez, C., Bermejo Barrera, A. M., López de Abajo Rodríguez, B., y Sobrido Prieto, M. (2016). Mortality due to acute adverse drug reactions in Galicia: 1997-2011. *Adicciones*, 28(2), 80-89. <https://doi.org/10.20882/adicciones.780>
- Molist, G., Brugal, M. T., Barrio, G., Mesías, B., Bosque-Prous, M., Parés-Badell, O., y de la Fuente, L. (2018). Effect of ageing and time since first heroin and cocaine use on mortality from external and natural causes in a Spanish cohort of drug users. *International Journal of Drug Policy*, 53, 8-16. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.11.011>
- Monras, M., Mondon, S., Ortega, L., y Gual, A. (2005). Alcoholism in the general hospital: 4 years mortality and hospitalization. *Medicina Clínica*, 125(12), 441-447. <https://doi.org/10.1157/13079609>
- Morchon, S., Masuet, C., y Ramon, J. M. (2007). Prognostic factors for tobacco consumption reduction after relapse. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1877-1886. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.12.025>
- Muñoz, M., Ausín, B., Santos-Olmo, A. B., Härter, M., Volkert, J., Schulz, H., Sehner, S., Dehoust, M. C., Suling, A., Wegscheider, K., Canuto, A., Crawford, M. J., Grassi, L., Ronch, C. da, Hershkovitz, Y., Quirk, A., Rotenstein, O., Shalev, A. Y., Strehle, J., ... Andreas, S. (2018). Alcohol use, abuse and dependence in an older European population: results from the MentDis\_ICF65+ study. *PLOS ONE*, 13(4), e0196574. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0196574>
- Nerín, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Beamonte, A., Sobradie, N., Bernal, V., y Gargallo, P. (2005). Assessment of behavioral dependence with the Glover-Nilsson test in smoking cessation treatment. *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*, 41(9), 493-498. [https://doi.org/10.1016/S1579-2129\(06\)60269-3](https://doi.org/10.1016/S1579-2129(06)60269-3)
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019). *Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España. ESDAM 2019/2020*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-2020\\_ESDAM\\_FINAL.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-2020_ESDAM_FINAL.pdf)

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2020). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20\\_Informe\\_EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf)
- Parra-Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., García-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., Oquendo, M. A., y Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/S12888-017-1317-Z/TABLES/5>
- Pérez-Barquero, M. M., Vega Reyes, J. A., Sánchez Guijo, P., y de la Fuente Dader, B. (2001). Survival outcome in chronic alcoholism: a 10 year follow-up study. *Medicina Clínica*, *117*(8), 281-284. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72088-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72088-X)
- Pozo, R. (2015). Estigma e invisibilidad: Alcoholismo y procesos de envejecimiento en mujeres. *Revista de Educación Social*, *21*, 143-153.
- Puigdomènech, E., Trujillo-Gómez, J. M., Martín-Cantera, C., Díaz-Gete, L., Manzano-Montero, M., Sánchez-Fondevila, J., Gonzalez-Fernandez, Y., García-Rueda, B., Briones-Carrió, E. M., Clemente-Jiménez, M. L., Castaño, C., y Birulés-Muntané, J. (2015). Information and communication technologies for approaching smokers: A descriptive study in primary healthcare Health behavior, health promotion and society. *BMC Public Health*, *15*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-15-2/TABLES/5>
- Rehm, J., Gmel, G., Sierra, C., y Gual, A. (2018). Reduction of mortality following better detection of hypertension and alcohol problems in primary health care in Spain. *Adicciones*, *30*(1), 9-18. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.726>
- Romero-Rodríguez, E., Pérula De Torres, L. Á., Fernández García, J. Á., Parras Rejano, J. M., Roldán Villalobos, A., y Camarelles Guillén, F. (2019). Alcohol consumption in Spanish primary health care providers: a national, cross-sectional study. *BMJ Open*, *9*(2), e024211. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-024211>
- Ros Cucurull, E. (2018). *Factores asociados al consumo de sustancias en población mayor de 65 años y evolución y pronóstico tras la abstinencia* [Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/666720/erc1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ros-Cucurull, E., Palma-Álvarez, R. F., Cardona-Rubira, C., García-Raboso, E., Jacas, C., Grau-López, L., Abad, A. C., Rodríguez-Cintas, L., Ros-Montalbán, S., Casas, M., Ramos-Quiroga, J. A., y Roncero, C. (2018). Alcohol use disorder and cognitive impairment in old age patients: a 6 months follow-up study in an outpatient unit in Barcelona. *Psychiatry Research*, *261*, 361-366. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.12.069>
- Ros-Cucurull, E., Palma-Álvarez, R. F., Daigre, C., Jacas, C., Perea, M., Sorribes-Puertas, M., Quesada, M., Martínez-Arias, R., Ros-Montalbán, S., Casas, M., Ramos-Quiroga, J. A., Roncero, C., y Grau-López, L.

- (2018). Sex differences in an old adult sample with substance use disorder: a 6 months follow-up study. *Psychiatry Research*, 270, 1157-1165. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.10.041>
- Ros-Cucurull, E., Palma-Álvarez, R. F., García-Raboso, E., Cardona-Rubira, C., Jacas, C., Grau-López, L., Robles-Martínez, M., Daigre, C., Ros-Montalbán, S., Casas, M., Ramos-Quiroga, J. A., y Roncero, C. (2018). Benzodiazepine use disorder and cognitive impairment in older patients: a six-month-follow-up study in an outpatient unit in Barcelona. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(6), 844-852. <https://doi.org/10.15288/JSAD.2018.79.844>
- Rosón, B., Monte, R., Gamallo, R., Puerta, R., Zapatero, A., Fernández-Solá, J., Pastor, I., Girón, J. A., y Laso, J. (2010). Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *European Journal of Internal Medicine*, 21(5), 458-464. <https://doi.org/10.1016/J.EJIM.2010.04.006>
- Rubio González, V., Redondo Martín, S., Ruíz López Del Prado, G., Muñoz Moreno, M. F., y Velázquez Miranda, A. (2016). Hospital emergencies associated with the consumption of hypnotics and sedatives, 2009-2013, Castilla y León, Spain. *Revista Espanola de Salud Publica*, 90, e1-e12. <https://europepmc.org/article/med/27775683>
- Ruiz-Pérez, I., de Labry-Lima, A. O., Prada-Pardal, J. L., Rodríguez-Baño, J., Causse-Prados, M., López-Ruz, M. A., Martín-Rico, P., del Arco-Jiménez, A., Pasquau-Liaño, J., de La Torre-Lima, J., López-Gómez, M., Muñoz-Roca, N., Marcos-Herrero, M., Muñoz, I., y Morales-Rojas, D. (2006). Impact of demographic and psychosocial factors on adherence to antiretroviral treatment. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 24(6), 373-378. <https://doi.org/10.1157/13089691>
- Sahuquillo-Arce, J. M., Menéndez, R., Méndez, R., Amara-Elori, I., Zalacain, R., Capelastegui, A., Aspa, J., Borderías, L., Martín-Villasclaras, J. J., Bello, S., Alfageme, I., de Castro, F. R., Rello, J., Molinos, L., Ruiz-Manzano, J., y Torres, A. (2016). Age-related risk factors for bacterial aetiology in community-acquired pneumonia. *Respirology*, 21(8), 1472-1479. <https://doi.org/10.1111/RESP.12851>
- Salazar, A., Moreno, S., De Sola, H., Moral-Munoz, J. A., Dueñas, M., y Failde, I. (2019). The evolution of opioid-related mortality and potential years of life lost in Spain from 2008 to 2017: differences between Spain and the United States. *Current Medical Research and Opinion*, 36(2), 285-291. <https://doi.org/10.1080/03007995.2019.1684251>
- Serra, M. A., Rodríguez, F., Del Olmo, J. A., Escudero, A., y Rodrigo, J. M. (2003). Influence of age and date of infection on distribution of hepatitis C virus genotypes and fibrosis stage. *Journal of Viral Hepatitis*, 10(3), 183-188. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2893.2003.00372.X>
- Valencia, J., Alvaro-Meca, A., Troya, J., Gutiérrez, J., Ramón, C., Rodríguez, A., Vázquez-Morón, S., Resino, S., Moreno, S., y Ryan, P. (2020). Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. *PLOS ONE*, 15(3), e0230886. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0230886>
- Valencia-Martín, J. L., Galán, I., y Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(10), 1723-1730. <https://doi.org/10.1111/J.1530-0277.2007.00473.X>



- Värnik, A., Sisask, M., Värnik, P., Wu, J., Kõlves, K., Arensman, E., Maxwell, M., Reisch, T., Gusmão, R., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Van Der Feltz-Cornelis, C. M., Coffey, C., Kopp, M., Szekely, A., Roskar, S., y Hegerl, U. (2011). Drug suicide: a sex-equal cause of death in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-61/TABLES/3>
- Villalbí, J. R., Espelt, A., Suelves, J. M., Bosque-Prous, M., Bartroli, M., y Brugal, M. T. (2018). A population based perspective of twenty years of specialized ambulatory treatment for alcohol use disorders in publicly financed clinics. Barcelona 1996-2015. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 92, 11-16. <https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2018.06.007>
- Yarnell, S., Li, L., MacGrory, B., Trevisan, L., y Kirwin, P. (2020). Substance use disorders in later life: a review and synthesis of the literature of an emerging public health concern. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 226-236. <https://doi.org/10.1016/J.JAGP.2019.06.005>

