

11274



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

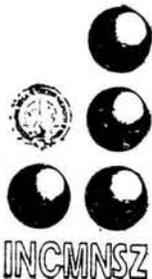
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRAN"

PREVALENCIA DEL CONSUMO Y ABUSO  
DE ALCOHOL Y TABACO, Y SU ASOCIACIÓN  
CON DETERIORO COGNOSCITIVO EN LA  
POBLACIÓN MEXICANA MAYOR DE 65 AÑOS

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
G E R I A T R A  
P R E S E N T A  
SARA GLORIA AGUILAR NAVARRO

TUTOR DE TESIS: DR. JORGE REYES GUERRERO



MEXICO, D. F., 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. S. C. A. A. A.

Navarro

01/04/1

## FIRMAS

  
-----  
**Dra. Sara Gloria Aguilar Navarro**  
Residente de Geriatría

  
-----  
**Dr. Jorge Antonio Reyes Guerrero**  
Asesor de Tesis

Médico Adscrito al Departamento de Geriatría  
Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

  
-----  
**Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo**  
Asesor de Tesis y Profesor titular del curso de  
Geriatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

  
-----  
**Dr. Luis F. Uscanga Domínguez**  
Dirección de Enseñanza

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

  
INCMNSZ  
INSTITUTO NACIONAL  
DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"  
DIRECCION DE ENSEÑANZA  
México, D.F.

## INDICE

<b>Firmas .....</b>	<b>2</b>
<b>Índice.....</b>	<b>3</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>4</b>
<b>Summary.....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>8</b>
<b>Objetivo.....</b>	<b>12</b>
<b>Material y Métodos.....</b>	<b>13</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>17</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>19</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>21</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>23</b>
<b>Tablas y Figuras.....</b>	<b>25</b>

## **RESUMEN.**

### **Introducción y Objetivo:**

El consumo de sustancias legales es un problema de salud pobremente reconocido en el anciano. En algunos estudios se ha asociado el consumo de éstos a deterioro cognoscitivo. Conocer los factores asociados al consumo de alcohol y tabaco y su influencia en el deterioro cognoscitivo en la población anciana mexicana, es el objetivo de este análisis.

### **Material y métodos:**

Los datos corresponden a una muestra de una población general en México de donde se seleccionaron 4872 sujetos mayores de 65 años quienes se incluyeron en la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2001. Se determinaron medidas epidemiológicas de frecuencia y asociación, considerando los antecedentes de consumo de alcohol y tabaco como factor de exposición y asociación para deterioro cognoscitivo, para determinar la prevalencia de alcoholismo se utilizó la encuesta de CAGE y el Índice tabaquito (IT) para tabaquismo, por medio de un análisis de regresión logística se buscaron la relación entre tomar, fumar y deterioro cognoscitivo.

**Resultados:** La prevalencia de consumo de alcohol fue del 23%, (73% hombre 27% mujeres) las cifras para el síndrome de dependencia al alcohol (alcoholismo) el 12.5%. (Según CAGE). La prevalencia de tabaquismo activo en el anciano fue del 14.1% predominando en el hombre.

Los factores asociados a mayor consumo de alcohol son: la menor edad ( $p < 0.001$ ), el sexo masculino (RR 3.17,  $p < 0.001$ ) y la mayor escolaridad ( $p < 0.001$ ). Los factores con tendencia a la asociación a mayor consumo de tabaco son: la edad ( $p = 0.08$ ) y la situación laboral ( $p = 0.08$ ). La dependencia en actividades básicas de la vida diaria se

asocio a menor probabilidad de consumo de tabaco, al igual que en el grupo que consumía alcohol.

En el subanálisis los ancianos con consumo de alcohol activo tienen riesgo de deterioro cognitivo ( $X^2=6.59$ ,  $p=0.01$ ), de estos los que consumían más días a la semana presentan un riesgo más elevado para el mismo ( $X^2=7$ ,  $p=0.03$ ).

### **CONCLUSIÓN:**

Se observaron patrones diferenciales por sexo, edad, escolaridad, dependencia funcional y desempleo para el consumo de alcohol y tabaco. La prevalencia de alcoholismo en el anciano con la encuesta CAGE fue del 12.5% y ancianos con un Índice Tabaquito mayor de 10 fue del 14.1%. Por lo que el consumo actual de alcohol es un factor de riesgos para deterioro cognitivo. El IT mayor de 10 no mostró asociación significativa para deterioro cognoscitivo.

### **Palabras claves:**

Alcoholismo, Tabaquismo, Deterioro Cognoscitivo, Anciano, ENASEM (Encuesta nacional de Salud y Envejecimiento en México).

## SUMMARY.

**Objective:** The consumption of legal substances is a poorly grateful problem of health in the old man. In some studies has associated the consumption from these to cognitive deterioration. To know the factors associated to the consumption of alcohol and tobacco and their influence in the cognitive deterioration in the Mexican old population, it is our objective.

**Material and methods:** The data correspond to general population's sample of where 4872 fellows were selected bigger than 65 years who were included in the National Survey of Health and Aging in Mexico (ENASEM) 2001. Epidemic measures of frequency and association were determined, considering the antecedents of consumption of alcohol and tobacco like exhibition factor, to determine the prevalence of alcoholism was used the survey of CAGE and the Index tobacco (IT) for tabaquism, by means of an analysis of logistical regression they were looked for the relationship among taking, to smoke and cognitive deterioration.

**Results** The prevalence of consumption of alcohol was of 23%, (73% man 27% women) the figures for the dependence syndrome to the alcohol (alcoholism) 12.5%. (according to CAGE). The prevalencia of active tabaquism in the old man was of 14.1% prevailing in the man.

The factors associated to more consumption of alcohol are: the smallest age ( $p < 0.001$ ), the masculine sex (RR 3.17,  $p < 0.001$ ) and the biggest escolaridad ( $p < 0.001$ ). The factors with tendency to the association to more consumption of tobacco are: the age ( $p=0.08$ ) and the labor situation ( $p=0.08$ ). The dependence in basic activities of the daily life you associates to smaller probability of consumption of tobacco, the same as in the group that consumed alcohol. In the subanálisis the old men with consumption of active

alcohol have risk of deterioration cognitive ( $X^2=6.59$ ,  $p=0.01$ ), of these those that consumed but days a week they present a risk but high for the same one ( $X^2=7$ ,  $p=0.03$ ).

**Conclusion:** Differential patterns were observed by sex, age, escolaridad, functional dependence and unemployment for the consumption of alcohol and tobacco. The prevalence of alcoholism in the old man with the survey CAGE belonged to 12.5% and old men with an Index Tobacco bigger than 10 it was of 14.1%. The current consumption of alcohol is a factor of risks for deterioration cognitive. The IT bigger than 10 didn't show significant association for cognitive deterioration.

**Key words:** Alcohol, Smoking, Cognitive, Elderly, MHAS ( Mexican Health and Aging Study ).

## INTRODUCCION

En los últimos años se han publicado revisiones acerca de la problemática del alcoholismo y del tabaquismo en el anciano, sin embargo continua siendo una problemática de salud poco reconocida en nuestro país, y particularmente en el anciano ya que generalmente la prevalencia de consumo y abuso de alcohol decrementa con la edad por razones circunstanciales y por dificultad en el diagnóstico. Los ancianos bebedores generalmente consumían alcohol en su juventud y este hábito puede acrecentarse en la vejez por factores asociados como la jubilación, viudez y depresión. Es reconocida la asociación de alcoholismo con mayor deterioro; físico, psicológico, social y cognitivo. Desde una perspectiva epidemiológica el abuso de alcohol y el alcoholismo son problemas importantes para la población mexicana, pues las principales causas de muerte están relacionadas con el consumo de alcohol. Se sabe que las personas de la tercera edad son más vulnerables a padecer los problemas de salud relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, algunos de los cuales incluyen: estados depresivos, problemas nutricionales y cardíacos, caídas frecuentes y muerte prematura.<sup>1,2</sup> El alcoholismo puede considerarse una enfermedad sistémica, predispone a mayores efectos metabólicos: hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hiperuricemia. Sobre la médula ósea, macrocitosis y trombocitopenia. En el anciano incrementa el riesgo de interacción farmacológica, especialmente drogas psicoactivas como benzodiazepinas, barbitúricos y antidepresivos Fraser, 1997 et al. 2002 <sup>1,2</sup> Incrementa el riesgo de cáncer de laringe, esófago, estómago, colon y próstata. El tomar más de 3 bebidas al día en mujeres ancianas incrementó el riesgo de cáncer de mama y su sobriedad disminuyó. <sup>3</sup>

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la OMS, se definen a la dependencia como la presencia de fenómenos de tolerancia y abstinencia y un deseo continuo de consumo.<sup>4</sup> Se ha publicado en Estados Unidos de América que hasta un 80% de los ancianos alcohólicos visitan regularmente al médico, pero solo la mitad reciben tratamiento para alcoholismo.<sup>1</sup> Existen instrumentos validados en la población anciana para identificar problemas relacionados con el consumo de alcohol como el utilizado en este estudio; el cuestionario CAGE<sup>6</sup> que consta de 4 preguntas: al español corresponde ha: 1.- ¿Alguna vez ha considerado Ud. disminuir la cantidad de bebidas alcohólicas que toma?, 2.- ¿Alguna vez le molestó que la gente criticara sobre el hecho de que toma?, 3.- ¿Se siente Ud. Mal o culpable por la forma que toma?, 4.- ¿Toma Ud. alguna bebida alcohólica al levantarse por las mañanas para calmar sus nervios o para deshacerse de la "cruda"?. 2 o más preguntas positivas indica problemática relacionada al consumo del alcohol 4 preguntas positivas indican alcoholismo se ha reportado una especificidad 56-100% y una sensibilidad 60-70%. Es utilizado ampliamente pero no fue diseñado específicamente para población anciana por lo que estudios previos han intentado su validación comparándolo con otros instrumentos como el Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Versión (SMAST-G)<sup>7</sup> este tiene mayor sensibilidad hasta el 95% y especificidad del 78% para identificar ancianos con problemas en el consumo de alcohol.<sup>7</sup> Otro cuestionario como el Alcohol Use Disorders Test (AUDIT) se ha utilizado para identificar problemática en el consumo de alcohol en el anciano<sup>8</sup> Se ha puesto de manifiesto que más del 3% de los mayores de 65 años hay síntomas de alcoholismo.<sup>10</sup> Asimismo, en un 25% de los casos en los que se detectó deterioro cognitivo existía historia previa de alcoholismo.<sup>9</sup> Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, el 72% de la población masculina y el 42% femenina mayor de 18 años

consumen alcohol.<sup>2, 10</sup>

El tabaquismo causa de más de 400,000 muertes/año (EU), 84% causa de cánceres pulmonares y EPOC. En el anciano causa de mortalidad 2 veces mayor que en el anciano que no es fumador. Importante factor de riesgo cardiovascular, cerebrovascular, para osteoporosis, fibrosis pulmonar, TEP entre otros. Efecto sobre el modelo del rol social, niños que viven con abuelos fumadores, tendrían mayor predisposición a fumar en el futuro. Gasta el sector salud en México 30 mil millones de pesos en afecciones por consumo de tabaco, 16 millones adictos al tabaco.<sup>12, 13</sup>

La prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta en EU en los años 60's fue del 42.5%, a 40 años después se ha reportado un decremento hasta del 25% para 1990, siendo más frecuente el sexo masculino con un consumo de hasta el 27% y 23 % en mujeres, correspondiendo del 10% a 11% en los adultos mayores de 64 años, y donde quizás factores económicos y motivos de salud contribuye a su decremento en la edad adulta. Del primer reporte en el consumo de tabaco en EU, el 10.5% correspondía a hombres y 10.7% a mujeres mayores de 65 años, cifras que actualmente no se han modificado espectacularmente, sin embargo en Estado Unidos alrededor de 3 a 4 millones de fumadores pertenecen a la población geriátrica. (Appel D et al. 2003).<sup>14 15</sup>

En México 16 millones de personas son adictos al tabaco, sin embargo y de acuerdo al Comité Estatal de las Adicciones, el alcance puede llegar a ser de hasta 65 millones, cada año el sistema de salud destina entre el 6 y el 12% de su gasto para atención médica por afección de tabaco, el consumo actual de tabaco en la población mayor de 65 años se desconoce en México.<sup>16</sup>

Estudios precedentes reportan una prevalencia del 17% para consumo alcohol y 19% para consumo de tabaco. Prevalencia de síndrome de dependencia al alcohol del 2-4%

en EU, En Europa 3-7% en países Mediterráneos, Alemania y Francia. En México se estima hasta 2.8 millones de personas con síntomas de dependencia al alcohol se desconoce el porcentaje de ancianos. Es considerable la asociación de alcoholismo con deterioro cognitivo. 20% de los ancianos alcohólicos podrán desarrollar demencia<sup>17</sup>

La pérdida de neuronas en corteza y cerebelo, el hipometabolismo cerebral, y la alteración de neurotransmisores como el glutamato y el GABA pueden ocasionar cambios difusos a nivel prefrontal, y temporal ocasionando enlentecimiento del pensamiento, déficit perceptual y en habilidades psicomotoras, En un estudio reciente de Envejecimiento en Indianapolis<sup>18,19</sup> el alcoholismo se asoció a deterioro cognitivo, en otro reporte en Finlandia Anttila et al.<sup>19</sup> el consumo de alcohol se asocio a deterioro cognitivo leve con mayor asociación en sujetos con alelo *APOE4* presente. Por lo tanto esto nos lleva a explorar el efecto del consumo de alcohol, alcoholismo, antecedentes de consumo de tabaco y tabaquismo actual como factores asociados a la enfermedad cerebrovasculares. Y su impacto en el deterioro cognoscitivo en la edad adulta.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la prevalencia de alcoholismo y tabaquismo, los factores asociados a dicho consumo y su relación con el deterioro cognoscitivo en la población mexicana mayor de 65 años

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1) Determinar la prevalencia del consumo de alcohol en la población de 65 y más años, en la ENASEM.
- 2) Determinar la prevalencia de criterios de CAGE para consumo de alcohol en la misma población.
- 3) Cuantificar la prevalencia del consumo de tabaco según el Índice Tabáquico en la población de 65 y más años en la ENASEM.
- 4) Conocer el perfil sociodemográfico de la población que consume alcohol y tabaco, mayor de 65 años, en la ENASEM.
- 5) Explorar la asociación del estado funcional y el consumo de alcohol y tabaco en la población de estudio.
- 6) Estudiar la relación entre síntomas depresivos y el consumo de alcohol y tabaco en la población de más de 65 años de ENASEM.
- 7) Consignar la prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población de estudio en la ENASEM.
- 8) Determinar la relación entre el consumo de alcohol y tabaco con el deterioro cognoscitivo en la población mayor de 65 años en la ENASEM.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Restrospectivo, retrolectivo, transversal, descriptivo y observacional.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Todos los pacientes mayores de 65 años a quienes se les realizó la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM).

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Sujetos de la muestra de ENASEM de 65 y más años, con evaluaciones funcionales y de auto reporte de consumo de alcohol, de tabaquismo.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Sujetos sin código de identificación de la encuesta (missings).

### **DISEÑO METODOLÓGICO:**

#### **La fuente de datos**

Los datos del presente estudio provienen de una fuente secundaria. Se utilizó la encuesta nacional de salud y envejecimiento (ENASEM). Esta encuesta se llevó a cabo mediante una entrevista directa a nivel individual y se obtuvieron entrevistas por sustituto por motivos de salud o ausencia temporal que no permitieron una entrevista directa. El ENASEM es representativo a nivel nacional de los 13 millones de mexicano nacidos antes de 1951, así como dos estratos de residencia: el urbano y rural. Se llevaron a cabo entrevistas en persona por entrevistadores de tiempo completo, con duración promedio de 82 minutos. Los cónyuges/compañeros de los informantes elegibles fueron entrevistados también, aun cuando el cónyuge hubiese nacido después de 1951. Se sobre-muestrearon seis entidades de las que provienen aproximadamente 40% de los emigrantes a Estados Unidos, con una tasa de poco menos de 2:1.

Los datos obtenidos de cada entrevista fueron capturados en distintas bases de datos, para distintos rubros tales como datos demográficos, medidas de salud, de funcionalidad, de cognición, etcétera. De algunos sujetos se obtuvo los datos completos de los diferentes rubros: demográficos, medidas de salud, medidas de funcionalidad y cognición.

El formato que se usó para la construcción de la base de datos fue el programa estadístico SPSS versión 11. (Figura 1)

#### **DEFINICION DE VARIABLES:**

**Antecedentes de consumo de alcohol:** En la encuesta nacional de salud y envejecimiento se interrogó sobre ingesta de alcohol en alguna etapa de su vida, en lo cual los encuestado contestaron si o no según el caso.

**Consumo actual de alcohol:** Se interrogó a los encuestados sobre ingesta actual de cerveza, vino, licor o pulque. Los cuales respondían afirmativamente o negativamente. También se pregunto sobre el número de días de ingesta de alcohol por semana.

**Antecedentes de consumo de tabaco:** En la encuesta nacional de salud y envejecimiento se interrogó sobre consumo de tabaco en alguna etapa de su vida, en lo cual los encuestado contestaron si o no según el caso.

**Consumo actual de tabaco:** Se interrogó a lo encuestado sobre consumo actual de tabaco, lo cual los encuestados respondían afirmativamente o negativamente. Además se incluyeron todos aquellos que tuvieron un índice tabaquico mayor de 10.

#### **Definición de funcionalidad:**

En la encuesta nacional de salud y envejecimiento se interrogó sobre dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria, como son: continencia urinaria, vestido, desplazamiento, baño (ducha), uso del sanitario y alimentación. A partir de ellas se construyó el índice de Katz.<sup>27</sup> Se consideró que el encuestado es dependiente cuando reportó necesidad de ayuda para realizar tres o más actividades básicas de la vida diaria. También se interrogó sobre dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como son: realizar compra, preparar alimento, manejo de dinero y toma de medicación; a partir de estos cuatro parámetros se construyó un índice para actividades instrumentadas. Se consideró que el paciente es dependiente si presenta necesidad de ayuda en dos o más actividades instrumentadas de la vida diaria.

#### **Definición de deterioro cognoscitivo:**

Para la clasificación de los sujetos con deterioro cognitivo, se utilizó la escala total de los diferentes instrumentos de cognición que se interrogaron en la encuesta. Los dominios cognoscitivos que fueron considerados en el análisis son: atención, memoria primaria, memoria verbal secundaria, y praxis de construcción. Un segundo paso, fue la distribución en percentiles, los cuales fueron obtenidos por escalas en orden ascendente de los más bajo a lo más alto con cada nivel de educación (0,1 a 4, 5 a 9 y 10 o más años). Se utilizó dos sistemas de criterio para la identificación de los pacientes con deterioro cognoscitivo. El criterio 1 utilizó una cuenta por debajo del percentil 10 (deterioro severo). El criterio 2 mayor del percentil 10 sin deterioro cognoscitivo.

## **ANALISIS ESTADÍSTICO:**

Por medio de estadística descriptiva se calculo la frecuencia de las variables cualitativas.

En el análisis multivariado las variables continuas se calcularon con el método Mann Whitney U. En el análisis multivariado se calculó el riesgo relativo que correspondía a un intervalo de confianza del 95% y se consideró significativa cuando la  $p < 0.05$ .

El formato que se usó para la construcción de la base de datos fue el programa estadístico SPSS versión 11

## **RESULTADOS:**

### **Características Generales:**

De 17,503 seleccionados para realizarle la encuesta nacional de salud, fueron elegibles 16,861; al 90.1% (n=15,186) se les realizó la entrevistas completas. 4,872 (32% de la población general encuestada) eran mayores o igual a 65 años, se excluyeron los encuestados sin código de identificación constituyendo una muestra de 4,862 (el 99.8%) con edad igual o mas a 65 años, a quienes se le realizó la encuesta nacional de salud y tenían un auto reporte completo de consumo de alcohol y tabaco. **(Figura 1)**

En el grupo que consumía alcohol y el grupo que consumía tabaco el rango de edad predominante fue el de 65-74 años. En ambos grupos predominó el sexo femenino. La mayoría tenía un estado civil casado y un reporte situación laboral de desempleo. Tanto los que consumían alcohol como tabaco reportaron más independencia para actividades básicas como instrumentadas **(tabla 1)**.

La prevalencia de alcoholismo según la encuesta CAGE fue con 4 preguntas positivas fue del 2.8% predominando el sexo masculino, con 3 preguntas positivas el 4.5%, 2 preguntas positivas el 5.2% y 7.8% respondieron 1 pregunta positiva en la encuesta. **(Figura2)**

La prevalencia de tabaquismo considerando un IT mayor de 10 fue el 14.1% predominando en el hombre y en el grupo de edad de 65-74 años. **(Figura 3)**

De la muestra seleccionada (n=4,862) el 58.3% (n=2,838) tenía datos completos de evaluación cognitiva. De los 2,838 ancianos con evaluación cognitiva completa el 9.8% (277) presentó deterioro cognitivo **(tabla 2)**.

### **Consumo de alcohol y tabaco:**

Del total de la muestra de ancianos seleccionada (n=4,862), 2,253 (46.3%) reportaron

consumo de tabaco en el pasado y 1,688 (34.7%) reportó consumo en el pasado de alcohol. El 29.6% (n=668) de los ancianos que fumaron lo continuaban haciendo en el presente (ósea con tabaquismo activo) y de 67.5% (n=1,140) de los que reportaron que ingerían alcohol en el pasado lo continuaban haciendo en el presente.

#### **Variable Asociadas a consumo de alcohol y tabaco:**

Se encontró que mientras menos años tuvieran los sujetos tenían mas probabilidad de consumo de alcohol ( $p < 0.001$ ) y tabaco ( $p = 0.08$ ). Así mismos los sujetos del sexo masculino ( $RR = 3.17$ ,  $p < 0.001$ ) tienen mas probabilidad de consumo de alcohol, situación que no se dio en los sujetos que consumían tabaco. Además, la mayor escolaridad se asocio también a mayor consumo de alcohol ( $p < 0.001$ ). El desempleo se asocio a mayor consumo de tabaco ( $RR = 1.21$ ,  $p = 0.083$ ).

La dependencia funcional en actividades instrumentadas ( $RR = 0.7$ ,  $p = 0.018$ ) y la depresión ( $RR = 0.80$ ,  $p = 0.012$ ) se asocio a menor consumo de alcohol. De igual maneras la dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria se asocio a menos consumo de tabaco ( $RR = 0.7$ ,  $p = 0.051$ ). (Tabla 3)

#### **Asociación de consumo de alcohol y tabaco con deterioro cognitivo:**

Tanto el antecedentes de consumo de alcohol y de tabaco no mostró asociación con el deterioro cognitivo. El consumo actual de tabaco tampoco mostró asociación con el deterioro cognitivo. Contrario al consumo actual de alcohol donde mostró asociación estadística con el deterioro cognitivo ( $X^2 = 6.59$ ,  $p = 0.01$ ), además a mas días de ingesta de alcohol por semana se asocio a mayor probabilidad de deterioro cognitivo ( $X^2 = 7$ ,  $p = 0.03$ ). (Tabla 4)

## DISCUSION

La proporción de personas ancianas con síndrome de dependencia al alcohol (alcoholismo según la escala de (CAGE) fue del 2.8% pero hasta el 13% reporto problemática con el consumo de alcohol, lo expuesto por otros autores en Estados Unidos de América: Adams et al.<sup>8</sup>, la prevalencia de problemas relacionados con la ingesta de alcohol en el anciano se estimo del 1 al 15%. Con otros instrumentos de tamizaje de alcoholismo como AUDIT, ARPS, han reportado prevalencia del 11% de síndrome de dependencia al alcohol y hasta 35% de problemática relacionada a consumo de alcohol en el anciano. Fink A. et al<sup>9</sup> ha reportado al alcoholismo en el anciano causa de hasta el 7 al 22% motivo de ingreso a medios hospitalario y hasta 28-44% motivo de ingreso a unidades psiquiátricas. En México pocos estudios han reportado el impacto del consumo y abuso de alcohol en el anciano, Solís RL et al<sup>10</sup> reporto en una sola población hasta el 20.5% de consumo de alcohol y un 3.8% de prevalencia en síndrome de dependencia al alcohol en el ancianos.

En Estados unidos de América se estima que hasta un 23.3% de personas adultas fuman, causa de 400,000 muerte al año, se estima que para el año 2030 10 millones de muertes anuales en todo el mundo<sup>11</sup> Kessler D.<sup>12</sup> ha descrito a la adicción del tabaco como una enfermedad de inicio en la niñez, donde la mayoría intenta dejar de fumar sin conseguirlo al pasar de los años y siendo causa de muerte prematura. Según el ultimo reporte del Cirujano General<sup>12</sup> 10.5% de los hombres ancianos y 10.7% mujeres ancianas con tabaquismo intenso. El sector salud en México gasta 30 mil millones de pesos, en la atención de afecciones asociadas con el tabaquismo, en el país se estiman 16 millones de mexicanos adictos a la nicotina, el impacto de este en la población anciana se desconoce, que podría verse influenciado por la mortalidad prematura que

ocasiona el uso de tabaco, sin embargo y cumpliendo los objetivos del análisis el demostrar el impacto del consumo de tabaco y deterioro cognitivo recientemente se reporto en el estudio en el Estudio European Community Concertad Action Epidemiology (EURODEM), donde el fumar podría estar relacionado a infartos cerebrales y los cambios en el Mini-Mental State Examination (MMSE) y donde el fumar acelero el deterioro cognitivo en ancianos sin demencia. Ott A, Andersen K <sup>13</sup>. Otros autores en otros países explorando este mismo fenómeno buscaron la relación entre fumar e ingesta de alcohol como factores de riesgo para deterioro cognitivo y deterioro funcional encontrando una asociación estadísticamente significativa la evaluación del deterioro cognitivo fue por medio de MMSE, y un índice de funcionalidad de actividades básicas de la vida diaria. Huadong ZJ. et al. Otros estudios han demostrado el rol del alcoholismo y la presencia de desordenes mentales en el anciano, Whelan Greg <sup>14</sup> ha reconocido al consumo de alcohol como factor de riesgo para demencia, por su efecto neurotoxico, mayor atrofia cortical y alteración de neurotransmisores como el glutamato y el GABA, existe una clara asociación entre los déficit cognitivos asociados a abuso de alcohol, cambios difusos a nivel prefrontal y región temporal podrían explicar el efecto. En México, estos hallazgos poco han sido reconocidos. En este análisis refuerza la percepción del riesgo a padecer deterioro cognitivo en aquellos sujetos que llegan a la adultez consumiendo alcohol, de estos el ser de genero masculino, desempleados y con independencia funcional podrían ser factores asociados a mayor consumo de alcohol. Sin embargo la asociación de deterioro cognoscitivo y tabaquismo no se asocio en este análisis en los sujetos con deterioro cognoscitivo establecido.

## CONCLUSIONES:

El papel del consumo y abuso de sustancias en la población anciana y su influencia en el deterioro cognoscitivo es aun controversial, ya que los diseños y metodología de los diferentes estudios que proponen considerar al alcohol y al tabaco como factores de riesgo para deterioro cognoscitivo varían notablemente en los instrumentos de diagnostico tanto para síndrome de dependencia al alcohol y tabaco así como para diagnostico de deterioro cognoscitivo. Lo que limita obtener conclusiones firmes. Por lo que la mayor aportación de este estudio radica en la apertura de una línea de investigación hasta ahora poco explorada en México que intenta, a partir de las estimaciones obtenidas generar conocimiento sobre la extensión y dinámica del alcoholismo y del tabaquismo como uno de los problemas de salud publica que mayor importancia tiene en México, principalmente por las consecuencias sociales, funcionales y ahora cognoscitivas en el anciano Mexicano.

Una de las limitaciones de este estudio es que sea retrospectivo ya que se enfrentan a problemas metodológicos serios en la obtención de una muestra longitudinal confiable, que se pueda afirmar que el comportamiento cognoscitivo sea asociado directamente al consumo de estas sustancias, aunque es bien reconocido el impacto en las condiciones generales de salud y calidad de vida de los sujetos alcohólicos o con consumo de tabaco. Otro factor importante a explorar de manera más profunda es la relación entre el consumo de sustancias y depresión problemática frecuente en el anciano y que se ha asociado a mayor consumo de alcohol y tabaco. Las variables sociodemográficas más importantes asociadas a consumo y abuso de sustancias fue el género ya que los hombres reportaron consumir mayor grado de sustancias, además el

nivel socioeconómico alto y el tener independencia funcional esto podría reflejar que hasta ahora el papel del rol social juega un factor importante en el consumo de sustancias sin embargo debería reconsiderarse los resultados y no olvidar los cambios demográficos que sufre nuestro país y donde el mayor porcentaje de ancianos son del género femenino donde es frecuente el consumo de sustancia e infrecuente que lo reporten a sus médicos , por lo que explorar y hacer un tamizaje de rutina podría ser un buen inicio para detectar el consumo y el abuso de estas sustancias en la población anciana

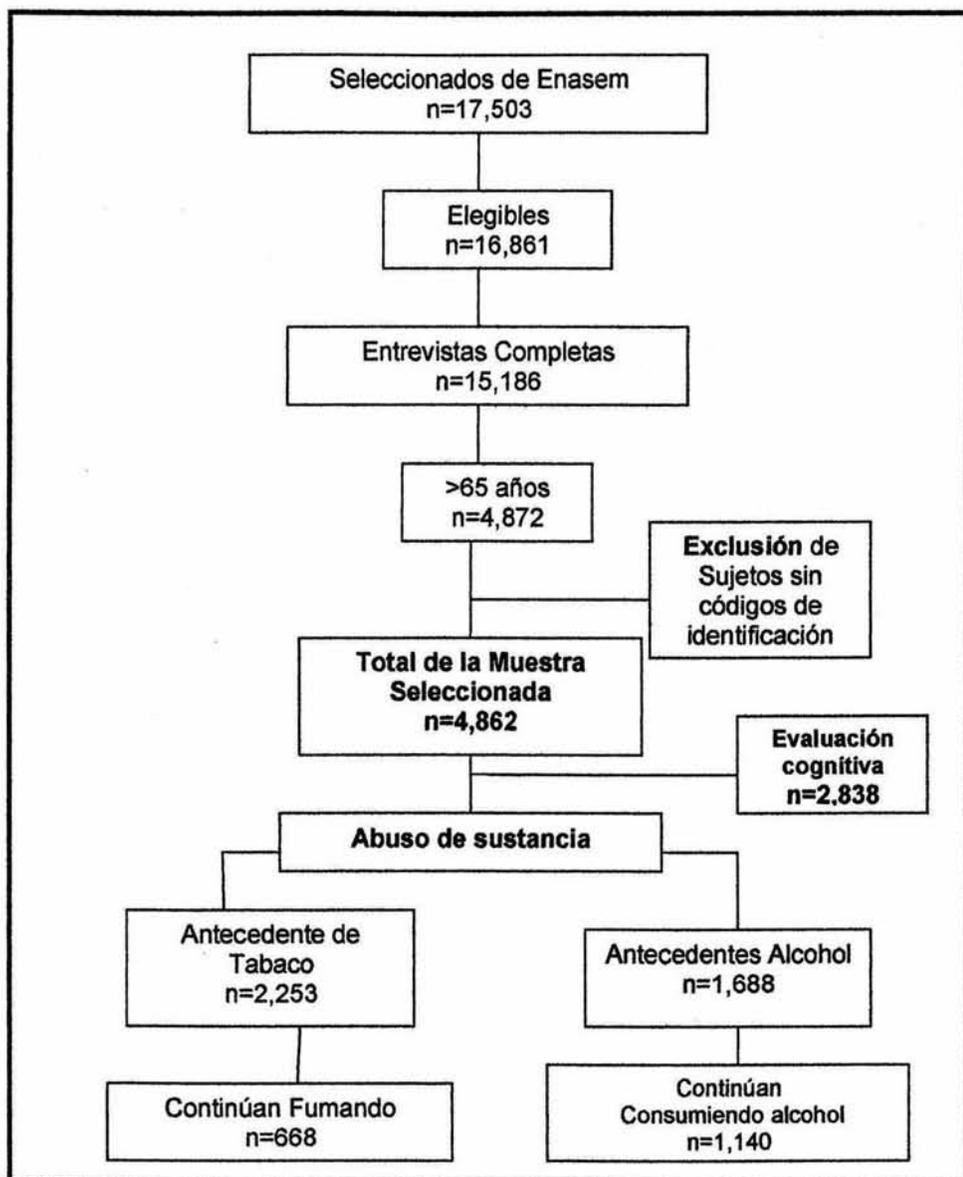
## BIBLIOGRAFÍA

1. - Sattar PS, Petty Frederick, Burke W. Diagnostic and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clinics in Geriatric Medicine* 2003;19(4)
2. - Ray WA. Psychotropic drugs and injuries among the elderly: a review. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12:386-96
3. - Mersy DJ. Recognition of Alcohol and Substance Abuse. *American Family Physicians* 2003; 67(7)
4. - Sally K. Rigler. Alcoholism in the Elderly *Am Fam Physician* 2000;61: 1710-6
5. - Zisserson RN, Oslin DW. Alcoholism and At-Risk Drinking in the Older Population. *Geriatric Time* 2003;4(5):27-35
6. - John A. Ewing. Detecting Alcoholism The CAGE Questionnaire. *JAMA* 1984; 252:1905-1907.
7. - Alison A. Moore et al. Are There Differences Between Older Person Who Screen Positive on the CAGE Questionnaire and the Short Michigan Alcoholismo Screening Test- Geriatric Version? *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 858-862.
- 8.- Blow FC, ed (1998), Substance abuse among older Americans, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 26. Available at: [ncadi.samhsa.gov/govpubs/BKD250/](http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/BKD250/). Acceaded Aug. 21, 20003
9. - Fink A, Morton S, Beck J. In Re Alcohol Use in Older Adults. . *J. Am. Geriatr Soc.* 2001; 49(3):335-336
- 10.-Shakoor Hajat, Andy Haines et a. Patterns and determinants of alcohol consumption in people aged 75 years and older: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Aged and Ageing* 2004;33: 170-179.-
- 11.-Fink A, Morton S, Beck JC et al. The Alcohol-Related Problems Survey: Identifying

- Hazardous and Harmful Drinking in Older Primary Care Patients. *J. Am. Geriatr Soc.* 2002;50:1717-1722
- 12.- Davis W. Appel, Md et al. Smoking cessation in the elderly *Clinics in Geriatric Medicine* 2003; 19(1):332-340
13. - Chun BY, Dobson AJ, Heller RF. Smoking and the incidence of coronary heart disease in an Australian population. *Med J. Aust* 1993;159: 508-12
- 14.- Uchimoto S, Tsumura K, Hayashi T et al. Impact of cigarette smoking on the incidence of Type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men: the Osaka Health Survey. *Diabet Med* 1999; 16:951-5
15. - Appel DW, Aldrich T. Smoking cessation in the elderly *Clinics in Geriatric Medicine* 2003; 19(1):1-18
16. - Sansores RH, Ramirez-Venegas, Espinosa M. Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México *Salud Publica* 2002;44 suppl 1:S116-S124
- 17.-. Fink A, Morton S, Beck JC et al. The Alcohol-Related Problems Survey: Identifying Hazardous and Harmful Drinking in Older Primary Care Patients. *J. Am. Geriatr Soc.* 2002; 50:1717-1722
- 18.-. Solís RL, Vélez A, Berumen D. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. *Salud Ment.* 2000;23(3):38-45
- 19.-. Hays JT, Ebbert J. Bupropion Sustained Release for Treatment of Tobacco Dependence. *Mayo Clin Proc.* 2003;78:1020-1024
- 20.-. Ott A, Andersen K, Dewey M.E et al. Effect of smoking on global cognitive function in nondemented elderly. *Neurology* 2004;62:920-924
- 21.- Whelan Greg. Alcohol: a much neglected risk factor in elderly mental disorders.

Curr Opin Psychiatry 2003; 16:609-614

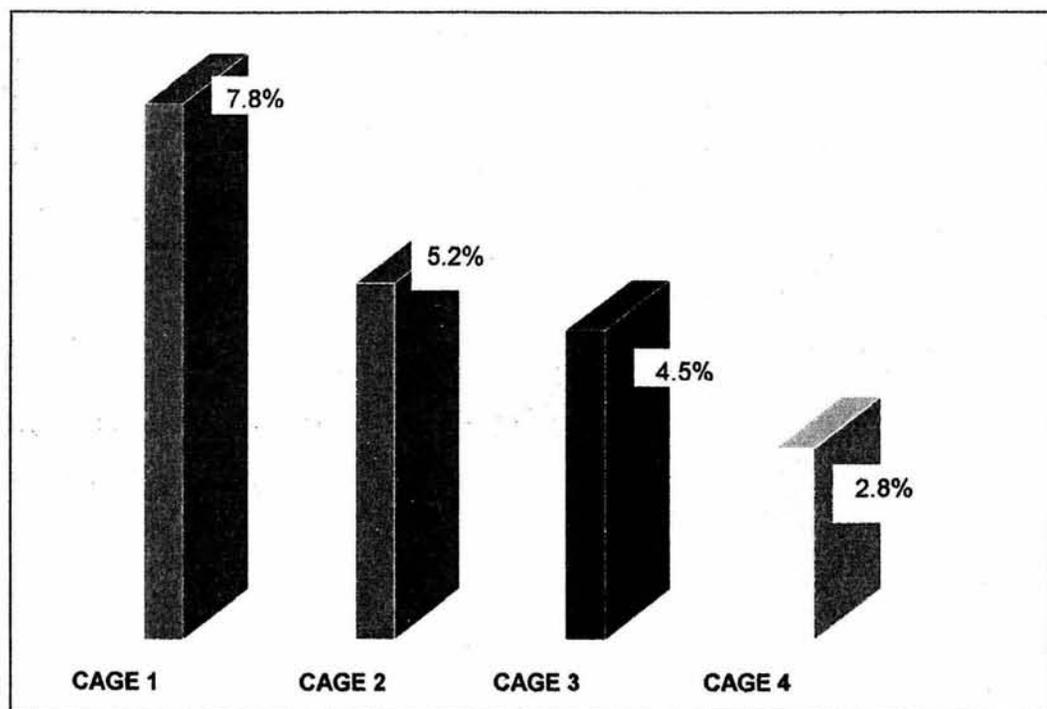
22. - Reid MC, Concato J; Towle VR; Alcohol use and functional disability among cognitively impaired adults. *J Am Geriatric Soc*; 1999; 47(7):854-9
23. - Knopman D, Boland L, Howard G. Cardiovascular risk factors and cognitive decline in middle-aged adults *Neurology* 2001;56(1): 560-67
24. - Vik PW, Cellucci Tony, Jarchow A. Cognitive impairment in substance abuse *Psychiatric Clinics of North America* 2004; 27(1):234-40
- 25.- O'Connell H, Chin AV, Cunningham C. et al. Alcohol use disorders in elderly people-redefining an age old problem in old age.



**Figura 1.- Selección de la muestra de la ENASEM**

VARIABLE	CONSUMO DE TABACO			CONSUMO DE ALCOHOL		
	Abstemios	Antecedentes	Actual	Abstemios	Antecedentes	Actual
<b>EDAD (años)</b>	n = 1,921	n = 2,253	n = 688	n = 1495	N=1,686	n = 1,140
65-74	65%	64%	68%	63%	63%	72%
74-85	27%	29%	28%	28%	29%	24%
>85	8%	7%	4%	9%	8%	4%
<b>SEXO</b>						
Femenino	72%	30%	27%	81%	33%	27%
Masculino	28%	70%	73%	19%	67%	73%
<b>EDUCACIÓN (años)</b>						
0-6	88%	88%	80%	88%	90%	83%
7-12	8%	8.5%	17%	8%	8%	10%
> 12	4%	3.5%	3%	4%	2%	7%
<b>E. CIVIL</b>						
Soltero	5%	3%	3%	4%	4%	3%
Casado	49%	61%	64%	45%	60%	63%
Divorciado	6%	8%	7%	7%	8%	6%
Viudo	39%	28%	26%	44%	28%	28%
<b>SITUACIÓN DE EMPLEO</b>						
Empleado	29%	39%	46%	24%	35%	46%
Desempleado	71%	61%	54%	76%	65%	54%
<b>AVBD</b>						
Funcional	76%	76%	80%	75%	73%	86%
Dependiente	24%	24%	20%	25%	27%	14%
<b>AIVD</b>						
Funcional	87%	88%	94%	87%	84%	91%
Dependiente	13%	22%	6%	13%	16%	9%

**Tabla 1. Descripción de la Población en estudio (n=4,862)**



**Figura. 2. Prevalencia de Alcoholismo según la escala de CAGE**

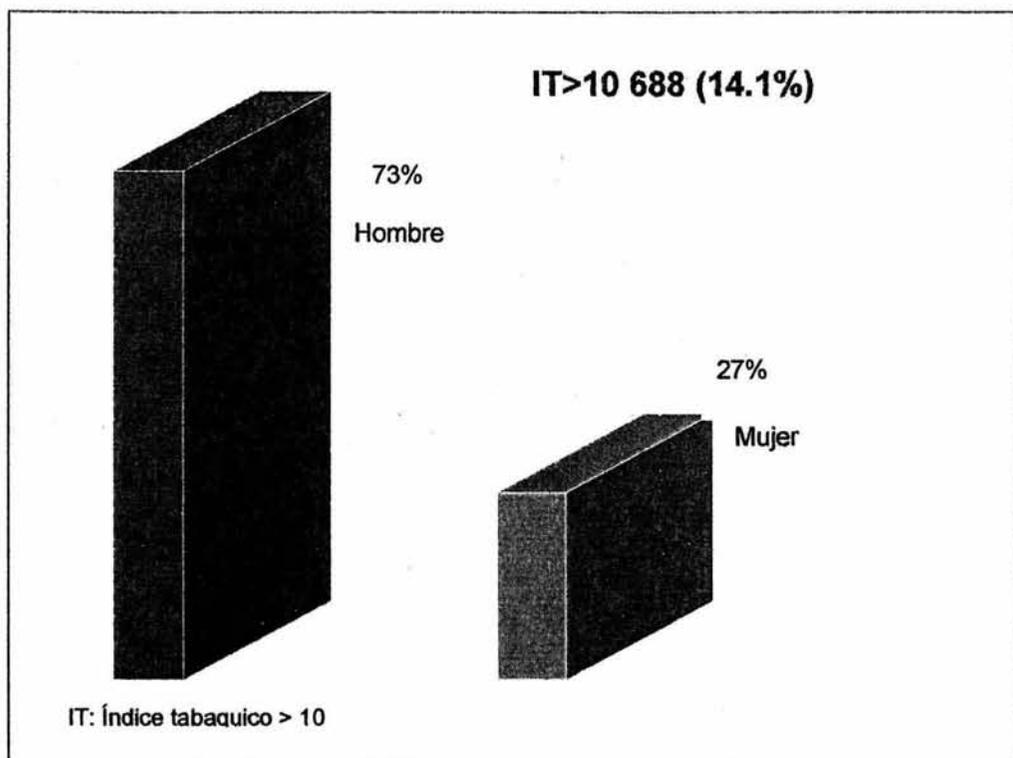


Figura 3. Prevalencia de Tabaquismo en el anciano

COGNICIÓN	n=2,838	%
Mayor percentil 10	2,561	90.2
Menor percentil 10	277	9.8

**Tabla 2. Población con datos de cognición completo (n=2,838)**

VARIABLE	CONSUMO DE ALCOHOL ACTUAL (n=1,140)			CONSUMO DE TABACO ACTUAL (n=668)		
	RR	IC (95%)	p	RR	IC (95%)	p
Edad (a más edad)	-	-	<0.001	-	-	0.08
Sexo (masculino)	3.17	2.6-3.8	<0.001	1.04	0.8-1.3	0.73
E.Civil (casado)	0.89	0.7-1.0	0.24	-	-	NS
Situación Laboral (desempleado)	1.05	0.8-1.3	0.65	1.21	0.9-1.5	0.08
Escolaridad (a más años de estudios)	-	-	<0.001	-	-	NS
Funcionalidad (dependiente)						
Básica	0.79	0.6-0.9	0.34	0.76	0.5-1.0	0.05
Instrumentada	0.70	0.5-0.9	0.01	0.78	0.5-1.1	0.18
Depresión	0.80	0.6-0.9	0.01	-	-	NS

NS: no significativo (en análisis univariado)

**Tabla 3.- Análisis Multivariado de Consumo de alcohol y tabaco actual**

VARIABLE	Número de Ancianos	X <sup>2</sup>	p
Antecedentes de Consumo Alcohol (n=1,688)	90	2.92	0.87
Ingesta Actual de Alcohol (n=1,140)	50	6.59	0.01
Número de días de Ingesta de Alcohol en la semana (n=1,140)			
Menos o igual a 1	31	7.00	0.03
2-4	7		
5-7	11		
Antecedentes de consumo de Tabaco (n=2,253)	121	2.13	0.14
Consumo Actual de Tabaco (n=668)	34	0.10	0.74

**Tabla 4.- Subanálisis Consumo de Alcohol y Tabaco con deterioro cognitivo**