

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**USO DE ALCOHOL EN EL ADULTO MAYOR: UN ESTUDIO COMPARATIVO EN
ANCIANOS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
Y SIN PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA**

Tesis que para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría

PRESENTA:

DRA. SILVIA MARINA PÉREZ LÓPEZ

**TUTOR TEÓRICO
DRA. MARGARITA BECERRA PINO**

**TUTOR METODOLÓGICO
DRA. LEONILA ROSA DÍAZ MARTÍNEZ**

México Distrito Federal
Enero del 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Dedico esta tesis la cual conmemora el fin de una etapa en mi formación médica a todas aquellas personas que me apoyaron en la decisión que tomé al escoger cursar la Residencia en Psiquiatría Médica, pero muy especialmente a mi padre Alfonso Pérez Martínez y a mi madre Silvia Marina López Huerta quienes siempre han estado conmigo a través de toda mi formación escolar y médica, apoyándome en todo momento y muchas veces dándome la contención necesaria para poder seguir adelante.

Agradezco a mis hermanos sus apoyos técnicos y consejos para la realización de muchos de mis trabajos durante mi residencia.

Agradezco a mis eternas amigas que aunque por motivos de estudio y de trabajo han tenido que estar lejos en distancia, pero siempre cerca de corazón para brindarme aliento y apoyo.

Agradezco a mis tutoras las Doctoras Rosa Leonila Díaz Martínez y Margarita Becerra Pino quienes me ayudaron y corrigieron este trabajo cuantas veces fuera necesario a fin de que tuviera un buen contenido.

Agradezco a mis amigos y compañeros de residencia en general por compartir tantas horas y experiencias de vida que nos han enriquecido mutuamente en todos los aspectos.

Y por último un agradecimiento especial a mi compañera residente la Dra. Dania Lima por su apoyo técnico y asesoría metodológica para la realización de esta tesis.

A todos ustedes un millón de gracias!

ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACIÓN	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
HIPÓTESIS	18
OBJETIVO	19
MATERIAL Y MÉTODOS	19
ANÁLISIS DE LOS DATOS	23
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIÓN	29
REFERENCIAS	30

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol en adultos mayores representa un importante problema de salud pública. Muchas veces no es diagnosticado porque no pensamos en el problema, esto se explica porque no buscamos propositivamente adicciones en los ancianos ya sea por negligencia o por complacer al paciente ante la pregunta de poder tomar “una copa”. Además, en muchos casos el temblor de manos, problemas de sueño y pérdida de memoria que se asocian con el alcoholismo se atribuyen de manera errónea al envejecimiento.

Los adultos mayores presentan patrones de consumo diferentes a los jóvenes, ya que suelen beber diariamente y en cantidades menores, pero con consecuencias más graves sobre órganos y sistema nervioso. Esto se debe al deterioro del organismo propio de la edad, enfermedades crónicas e interacciones con medicamentos. Dada la alta repercusión en el individuo y su vulnerabilidad se considera primordial saber cuál es la presencia de alcoholismo en la población psiquiátrica anciana.

Esta investigación tuvo como finalidad describir la presencia de alcoholismo en una muestra de pacientes psiquiátricos, ya que el tener una enfermedad psiquiátrica es un factor de riesgo para el consumo de alcohol. La muestra se tomó en el área de psicogeriatría-hospitalización y se comparó con una muestra de pacientes adultos mayores sin comorbilidad psiquiátrica para observar si existían diferencias entre los dos grupos. Se reclutaron 40 pacientes y 20 controles, en el caso de los pacientes se recabaron el tipo de diagnóstico, sexo y edad y se les aplicó el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). En el caso de los controles se les aplicó el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) para corroborar la ausencia de sintomatología psiquiátrica.

ANTECEDENTES

GENERALIDADES

El consumo de alcohol es un problema de salud generalizado y común en toda sociedad. Está asociado con violencia familiar, riñas en las calles, accidentes y muertes violentas. A su vez el alcohol entra a todos los tejidos del organismo y afecta la mayoría de las funciones vitales. Desplaza a los nutrientes normales y produce desnutrición. Sus efectos tóxicos dañan al hígado, producen gastritis erosiva aguda, pancreatitis y, a largo plazo miocardiopatía. El consumo de 20 gramos de alcohol absoluto en mujeres y de 40 en hombres es un factor de riesgo para accidentes, lesiones y alteraciones crónicas de salud; sin embargo, los problemas atribuidos al alcoholismo son subestimados^{1,2}.

El consumo de alcohol se ha incrementado más en familiares de alcohólicos que entre parientes de no alcohólicos, sugiriendo un factor genético en su etiología. En la encuesta nacional de salud de los Estados Unidos de América (EUA) realizada en 1988, 36% de los hombres y 39% de las mujeres informaron antecedentes familiares de alcoholismo³.

En dicha encuesta, la prevalencia nacional encontrada para consumo de alcohol fue de 51.6%; los menores de 44 años consumieron más alcohol y el porcentaje de consumo fue mayor en los hombres (63.6%) y en la raza blanca (54%)⁴.

En pacientes hospitalizados la prevalencia de alcoholismo es alta y oscila de 15 al 30%⁵. En los servicios de urgencias 18% de los mayores de 16 años son bebedores, sobre todo los hombres⁶.

PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO EN MÉXICO

En México y en general en la región de América Latina, el abuso de sustancias es un importante problema de salud pública. El informe mundial de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud) del 2002 reporta el impacto de factores de riesgo sobre la mortalidad prematura y la incapacidad ajustada en años de vida conocida como DALY's (Day Adjusted Life Year's). El estudio mostró que para el conjunto de países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad, entre los factores incluidos en el análisis, el alcohol aparece en primer lugar; es responsable del 6.2% de los DALY's totales. En los países desarrollados, el consumo de alcohol aparece en tercer lugar (responsable del 9.2% de los DALY's)⁷.

Frenk y cols., (1999) en un análisis similar estimaron que en México, el abuso de alcohol representaba el 9% del peso total de la carga de enfermedad por su impacto en la cirrosis hepática, (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%) la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%).

En México se han hecho cuatro Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA). En 1998 la prevalencia de consumo nacional de alcohol fue de 58.1% (77.0% en hombres y 44.6% en mujeres)⁸. Esta prevalencia fue menor que la observada cinco años antes. En 1993 se informó una prevalencia global de 66.5%. Mientras que la prevalencia en hombres no mostró gran

cambio para 1998 (se había notificado una prevalencia de 77.2% en 1993), la correspondiente en mujeres fue sensiblemente menor a 57.5% estimado en 1993⁹. Ambas apreciaciones, sin embargo, son mayores que las observadas en la primera ENA realizada en 1990, en la cual 73.4% de los hombres y 36.5% de las mujeres consumían bebidas alcohólicas¹⁰.

La última ENA fue realizada en el 2002, como en otras ocasiones el rango de edad considerado fue de 12 a 65 años. La definición y selección de la muestra, el diseño operativo y el levantamiento de datos estuvieron a cargo del INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática). El levantamiento de la ENA-2002 se realizó durante los meses de febrero a mayo de ese año, en general los datos obtenidos son los mismos. En el país hay poco más de 32 millones de bebedores (32'315,760) que representan al 46% en la población entre 12 y 65 años de edad de ambos sexos, sin incluir a las personas recluidas en instituciones de salud, procuración de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. El consumo en comunidades rurales es menor pues alcanza solamente al 32% de la población de ambos sexos. Cinco por ciento de los entrevistados que reportaron nunca haber bebido alcohol, dieron razones religiosas; una proporción similar dijeron no beber por miedo a padecer un problema y el 18% son ex bebedores. En 2002 siguen siendo los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana, y una diferencia considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales.

Una proporción importante de la población mexicana entre 12 y 65 años afronta problemas con el manejo del alcohol, ya que 2'841,303 (4%) reportaron haber experimentado tres o más síntomas de dependencia y 281,903 son menores de edad. 10.6% de la población total entrevistada reportó haber bebido más cantidad o durante más tiempo de lo que esperaba, 8% reportó haber experimentado síntomas de abstinencia, y 4.8% de tolerancia. Los problemas sociales fueron también importantes, 7% de la población de bebedores, reportó discusiones o peleas con el o la compañero(a) mientras estaba tomando, 2% admitió problemas con la policía mientras iba conduciendo después de beber y 4.6% tuvo problemas con las autoridades cuando no iba conduciendo.

EL ENVEJECIMIENTO, UN PANORAMA ACTUAL

El fenómeno demográfico del envejecimiento es una realidad innegable. Los datos recopilados por el INEGI en los últimos censos y conteos demuestran aumentos porcentuales de la población mayor de 65 años de edad, inclusive por encima de los aumentos registrados en la población general. En el censo del año 2000 se encontraron 97.5 millones de mexicanos, de ellos 6.8 millones (5%) son mayores de 65 años de edad¹¹.

Se predice que en 30 años, en los países en desarrollo, la población de este grupo de edad se cuadruplicará. De acuerdo con la conferencia sobre envejecimiento de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), que se celebró en el mes de abril del 2002, la población geriátrica se incrementa de manera alarmante. Cada mes, un millón de individuos alcanzan los 60 años de edad y 80% de ellos viven en las naciones en vías de desarrollo. El grupo de población de adultos que crece con más rapidez son los mayores de 80 años. Actualmente 70 millones, esta cifra se quintuplicará en los siguientes 50 años¹².

El índice de envejecimiento, definido como la cantidad de personas mayores de 60 años de edad por cada 100 menores de 15 años, fue en nuestro país de 17 en 1997, y será de 50 en el año 2025. Para la OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1999), de acuerdo con el Programa de acción: atención al envejecimiento, preparado por la SSA (Secretaría de Salud) en el año 2001, México se encuentra en el séptimo lugar entre los países de envejecimiento acelerado¹³. El mismo programa reporta un consumo del 30% de los recursos para la salud por parte de este grupo, y una ocupación de camas de hospital de hasta el 60%.

Los actuales modelos de atención a la salud, diseñados para la prevención de enfermedades infecciosas y la atención a las condiciones agudas deberán adaptarse a este cambio demográfico y epidemiológico¹⁴.

USO DE ALCOHOL EN EL ANCIANO

El uso de alcohol en los adultos mayores se considera un problema especial ya que implica un grave problema de salud generalmente ignorado, ya que es un ejemplo claro de alcoholismo especial; por las condiciones particulares que se derivan del envejecimiento, por la modificación de la tolerancia al etanol en la edad avanzada y por el incremento del consumo, no en número de casos, pero sí en cantidad de alcohol ingerido individualmente, como se desprende del gran estudio longitudinal Russian Monitoring Longitudinal Survey (RMLN)¹⁵.

Desafortunadamente en la ENA-2002 no se realizó una exploración de uso de alcohol en población mayor de 65 años, siendo el grupo más longevo mostrado el de 50 a 65 años. En este grupo se reportó que en la población estudiada existía una presencia de 30% de ex bebedores y 42% bebedores actuales. De los bebedores, se subdividieron en poco frecuentes (24%), moderados (10%), frecuentes (3%) y consuetudinarios (5%), de este grupo el tipo de bebida alcohólica preferida fue de primera instancia la cerveza, seguida por los destilados y el vino (ENA2002).

En el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), en un estudio transversal se entrevistaron 45,117 derechohabientes, en las 36 delegaciones del país. Se aplicó un cuestionario estructurado y auto-aplicable a cada sujeto usando el AUDIT. La prevalencia de consumo y problema de alcohol (riesgoso y dañino) fue de 12.8% (IC 95% 12.5-13.2). El consumo fue mayor en hombres (22.2%) que en mujeres (3.4%). En los hombres se observó un efecto de edad, mientras que en las mujeres el consumo por edad fue más homogéneo. En ambos grupos el consumo fue más importante en la edad productiva. En este estudio si se realizó una evaluación hasta los 79 años. Se observó un menor uso de alcohol en mujeres que en los hombres, pues de los 60 a 79 años, en las mujeres el porcentaje de uso riesgoso era de 5.2% y dañino del 2.2%, y en los hombres 31.8% tenían uso riesgoso y 8.7% tenían un uso dañino¹⁶, desafortunadamente no se tomó en cuenta comorbilidad médica, ni se analizaron datos sobre patología psiquiátrica, siendo un estudio únicamente de carácter descriptivo.

En cuanto a las investigaciones internacionales, fundamentalmente anglosajonas, hay numerosos estudios de cribado, entre los que cabe destacar los de Morton, Jones y Manganaro¹⁷ con los instrumentos CAGE (Cuestionario de alcoholismo CAGE), MAST-G (cuestionario de alcoholismo de Munich) y AUDIT que detectan un 36% de mayores de 65 años

(varones y veteranos de guerra) con criterios DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual III Review) de abuso y/o dependencia de alcohol en el pasado, de los cuales un 23% aún mantenía estos criterios. Con esta misma versión del MAST, específica para población geriátrica y el CAGE, Moore, Fleischman, Morgenstern y Beck¹⁸ discriminan positivamente un 23,7% de sujetos alcohólicos entre mayores de 55 años.

Estudios precedentes hablan de un 17% de alcohólicos en estas poblaciones y que han sido realizados con marcadores biológicos como el volumen corpuscular medio (VCM) o la gamma glutamil transpeptidasa (GGT)¹⁹ y que atribuyen una nula sensibilidad al CAGE por sí mismo, o incluso aquellos trabajos que insisten en cifras en torno a un 2-10% de alcoholismo^{20, 21, 22}. No obstante, estudios más actuales, como el desarrollo por el Departamento de Medicina de Familia de Ohio (1997), detectan en población mayor un 5.4% de alcohólicos con el CAGE y hasta un 14% con el AUDIT. Por su parte Gambit (1997) señala un 3-15% de problemas relacionados al alcohol, en los estudios realizados sobre la comunidad, 18% en consultas ambulatorias y 44% en residencias. Una aproximación al problema del etiquetado diagnóstico es la de Orgagozo, Dartigues y Lafort²³ que detectan un 41% de bebedores ligeros, 12% de moderados y 3% de severos en un estudio con personas mayores. Tal vez, hayan mejorado los instrumentos diagnósticos o tal vez se haya afinado en el rango de edad, que según Zohoori²⁴ presenta su prevalencia más elevada a 60-69 años.

DIAGNÓSTICO

Los criterios para el diagnóstico positivo de la enfermedad corresponden, en esencia, a los establecidos por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (1994) para el abuso (F10.1/305.00) y dependencia (F10.2 * /303.90) por consumo de alcohol coincidentes con otras sustancias, así como intoxicación (F10.00) y abstinencia (F10.3/291.8) inducidos por alcohol. Se considera que el uso normalizado de alcohol se distribuye de forma más o menos uniforme en la población general, con además un alto porcentaje de personas que han tenido experiencias negativas en relación con el alcohol, lo cual les ha llevado a controlar el consumo²⁵.

Tanto para la APA como para la OMS, la dependencia se podría resumir en dos aspectos: presentación de fenómenos de tolerancia y abstinencia. La ingesta de alcohol supera en cantidad o en tiempo lo planificado inicialmente por el sujeto (escapa a su control), existe un deseo irresistible de consumo sin éxito para reducirlo o controlarlo, un aumento del tiempo dedicado a actividades relacionadas con la bebida y, por ende, una reducción del que se dedica a otras actividades sociales. Asimismo, se continúa consumiendo alcohol a pesar de conocer las repercusiones negativas que acarrea. La OMS incluye además un criterio referente a la apetencia o deseo de consumo (craving)²⁶.

Desde los años cuarenta, con los trabajos de Jellinek y cols²⁷ que se publicaron en los sesenta, se produce un doble fenómeno en la evaluación del alcoholismo: por un lado, se abordan cuestiones como la especificidad y sensibilidad de los instrumentos y por otro, se trata el "problema del alcohol" desde una perspectiva médica rigurosa. Sin embargo, tras un único agente patógeno común, que sería el etanol, hay, al menos, dos vectores: el individual y el ecológico.

Desde el Coloquio Europeo sobre el Alcoholismo (OMS, 1952)²⁸ se ha intentado ampliar el espacio vectorial en el estudio del alcoholismo planteando un modelo de 3 vectores: biológico, psicológico y social. En el caso que nos ocupa, es decir, el alcoholismo en la vejez, debe tratarse en todos los aspectos mencionados de una forma mucho más incisiva (por ejemplo, la validez de la mayoría de instrumentos, es cuando menos cuestionable, puesto que no han sido adaptados para población mayor de 65 años). Además el abordaje de las complicaciones médicas asociadas y su justa valoración es especialmente difícil a causa de la alta comorbilidad (no sólo del Sistema Nervioso Central, sino también de otros sistemas).

En otro orden de cosas, en lo que respecta a lo psíquico, se hacen patentes las disfunciones cognitivas, desestructuración familiar, sintomatología distímica y ansiosa, manifestaciones somáticas y de tipo neurovegetativo, en el adulto mayor alcohólico. De igual modo, sobre todo en el mundo anglosajón, han proliferado los estudios sobre adultos mayores alcohólicos "sin hogar" o "sin techo", cuya situación social define más certeramente su problema. Por tanto, se hace evidente la necesidad de instrumentos que incidan no sólo en la mera detección, sino también en una recogida de información protocolizada que cubra los tres aspectos anteriormente mencionados (biológico, psicológico y social). Por desgracia esta última situación aún es insatisfactoria.

EVALUACIÓN PARA ALCOHOLISMO

En 1982 la OMS diseñó un instrumento de tamizaje simple llamado AUDIT para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud, ya sea porque el consumo entrañe riesgos o daños a la salud, o bien, dependencia. El AUDIT consta de 10 preguntas seleccionadas con base en su reproducibilidad y correlación con el consumo de alcohol. El AUDIT es un cuestionario frecuentemente utilizado y aplicado por su capacidad para medir el consumo problema de alcohol, dada su alta sensibilidad (92%) y especificidad (94%). En estudios de seguimiento se ha probado su capacidad predictiva de problemas médicos, trastornos sociales e incluso mortalidad, relacionados con el consumo de alcohol²⁹.

Según Salzman, Van der Kolk y Shader³⁰, son precisamente los problemas sociales los que más deben tenerse en cuenta en los alcohólicos de edad, ya que los signos y síntomas somáticos son más leves, tal vez, por la reducida tolerancia o la diferente metabolización del etanol, lo que conduce a una ingesta menor. Ahora bien, se hace particularmente compleja la evaluación del alcoholismo en el viejo debido a que suele negar o minimizar el problema y, por tanto, se requiere de informaciones cruzadas (por ejemplo, tomadas de la fuente familiar) o adicionales (información psicosocial) e incluso tangenciales a los aspectos clínicos principales (información de otros especialistas). Igualmente, deben recogerse en un apartado especial aquellos síntomas propios de un cuadro neurodegenerativo y que son acentuados por el alcohol.

Podría decirse que el consumo de alcohol no sólo se halla asociado con la enfermedad, sino también con el aumento en los accidentes, la disminución de los años de vida potencial y en última instancia con la muerte. Sin embargo, queda justificado un repaso breve por la enfermedad y su manifestación diferencial en el alcohólico de edad avanzada.

El alcoholismo puede considerarse una enfermedad sistémica y, por tanto, se hace imprescindible un conocimiento pleno por parte tanto del médico de familia como del internista

de las principales patologías asociadas, lo cual no excluye otros especialistas entre los que obviamente deben encontrarse el geriatra y el psiquiatra.

IMPLICACIONES MÉDICAS Y USO DE ALCOHOL

Una de las razones que justifican prestar una mayor atención al consumo de alcohol en el adulto mayor son las complicaciones médicas.

El hígado en el adulto mayor presenta reducido su volumen (hasta casi un 1% en octogenarios) y flujo sanguíneo. No obstante, a la luz de numerosas investigaciones, no parecen verse alterados los principales indicadores de función hepática, a saber, bilirrubina sérica, fosfatasa alcalina y transaminasas³¹. La variabilidad en su funcionamiento parece depender, en edades avanzadas especialmente y en parte, del consumo de sustancias como el alcohol. Así, en el paciente viejo-alcohólico (con larga historia de evolución) se encuentran elevadas (superiores a 191 mg/ml) constituyendo en la persona mayor junto con el VCM y GGT los mejores marcadores biológicos de alcoholismo crónico (combinados alcanzan una sensibilidad del 92%³²).

En cuanto a las hepatopatías, como son los casos de esteatosis hepática, hepatitis alcohólica y cirrosis alcohólica, son las más frecuentes entre los alcohólicos. En los adultos mayores hay una mayor vulnerabilidad a las hepatitis alcohólicas, así como a esteatosis hepática (influida por los cambios que se producen en el metabolismo lipídico). Entre los signos relacionados con hepatopatías en el viejo-alcohólico, es frecuente encontrar ictericia y hepatomegalia. En cuanto a la cirrosis, estudios americanos parecen indicar una elevada incidencia en adultos mayores. Debe prestarse atención también al diagnóstico diferencial del coma hepático respecto al delirio y añádase a las complicaciones el síndrome de Zieve (hiperlipidemia, anemia hemolítica e ictericia).

Otro capítulo de especial mención que relaciona consumo de alcohol, vejez y enfermedad tiene que ver con las cardiopatías. Una de las causas puede ser la miocardiopatía. Tradicionalmente, e incluso hoy día, se ha considerado y considera el etanol un factor protector de miocardiopatías, por un lado, por la frecuencia con que se encuentran arterias libres de esclerosis en los alcohólicos, y por otro lado por la acción estimulante del etanol sobre la proteína cinasa C (PCK) que protege ante la reperfusión isquémica. Sin embargo, también hay una elevación importante de la presión arterial (tanto sistólica como diastólica) en el paciente alcohólico (es suficiente con un consumo de 20-30 g/día de etanol) que además debe unirse al factor edad y que juega igualmente en contra de un funcionamiento cardíaco adecuado e incluso de mayor riesgo de infarto³³, si bien parecen desempeñar un papel fundamental aspectos de comorbilidad tabáquica.

Asimismo, se podrían plantear otros apartados, como el que relaciona cáncer, alcohol y vejez. Es sabido que la probabilidad de presentar cáncer entre la población de adultos mayores es mucho mayor que entre la joven (más del 50% de las neoplasias surgen en mayores de 65 años); además, entre los alcohólicos la probabilidad de presentar cáncer de vías digestivas es 12 veces mayor que entre la población general, por lo que en este aspecto debe prestarse especial atención a los cánceres de boca, garganta y esófago, si bien, entre los viejos el más

frecuente es el de próstata, seguido del de pulmón y bronquios. En este sentido, un cruce entre neoplasias, alcohol y vejez nos centraría por frecuencia en el cáncer colorrectal³⁴.

En cuanto a las alteraciones del SNC (Sistema Nervioso Central) en el alcoholismo caben destacar³⁵: delirium tremens, alucinosis alcohólica, celotipia alcohólica, paranoia alcohólica, suicidio, melancolía alcohólica, personalidad autodestructiva, atrofia cerebral, síndrome de Wernicke-Korsakov, amnesia tipo black out, atrofia cerebelosa alcohólica, polineuropatía alcohólica, temblor alcohólico, ataxia, crisis epilépticas, síndrome de Marchiafava-Bignami, esclerosis cortical laminar, mielinosi central pontina, encefalopatía de Gayet-Wernicke, mielopatía alcohólica, neuritis retrobulbar, narcolepsia y paquimeningosis hemorrágica interna. Si analizamos estas alteraciones en relación con los problemas más frecuentes que presenta el viejo en el SNC, debemos centrarnos en la importancia de la comorbilidad alcohol-tabaco, alcohol-polifarmacia, alcohol-depresión, alcohol-paranoia y alcohol-demencia. Así, la afectación del sistema inmune, la disfunción hepática y la conducta autolítica y suicida, agresiva, confusional y de deterioro cognitivo (memoria, atención, lenguaje y conducta motora) serán las principales y respectivas consecuencias de lo indicado.

Todo esto nos induce a pensar que, dado que el paciente geriátrico de por sí ve afectados todos sus sistemas, constituye un problema añadido si además presenta una enfermedad claramente sistémica como es el caso del alcoholismo. Probablemente, el adulto mayor alcohólico no suponga un problema cuantitativo pero sí cualitativo.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

El primer aspecto destacable tiene que ver, sin duda, con la negación tanto por parte del viejo, como de la familia y la sociedad, e incluso de la "estadística", acerca de la existencia de un problema de alcohol en la edad avanzada. Lo cierto es que los datos no parecen indicar que haya problemas de dependencia alcohólica en el adulto mayor. Al contrario, aparentemente se trata de un problema menor debido a su baja frecuencia. Sin embargo, la escasa sensibilidad de los instrumentos de cribado, detección y encuestas³⁶, el hecho de que tan sólo un 25% de los adultos mayores con problemas de alcohol sea identificado y que clínicamente un 2,5% sea atendido en centros especializados, parecen indicarnos una desatención selectiva ante un problema real; por ello tal vez se hable de la resistencia de los viejos-alcohólicos a ser identificados, clasificados y tratados.

En un estudio en adultos mayores en Virginia Central, el REOP (Rural Elder Outreach Program)³⁷ se detectó un 21,1% de alcohólicos, de los cuales ninguno seguía tratamiento por alcoholismo. Efectivamente, hay un alto porcentaje de admisiones (aproximadamente, 25-30%) y también de urgencias (cerca de un 15%) relacionadas directa o indirectamente con el alcohol y en el caso del adulto mayor casi todas las patologías guardan alguna relación. Además, el alcohol, aunque es causa primaria, siempre es presentado por el paciente como secundaria u omitida.

Por último, no se debe olvidar que probablemente una de las soluciones a este problema esté relacionada con los programas de promoción de la salud y modificación de hábitos de vida (sobre todo de ocio). Así, un programa paradigmático puede ser el iniciado en 1991 por el

National Institute on Human Resources and Aging de la Universidad de Nueva York sobre personal profesional, familiares y voluntarios, usando material audiovisual y revistas, basándose en las teorías del aprendizaje social, consejo y habilidades sociales³⁸.

En un estudio realizado en el 2005 a cerca de la comparación de consumo de alcohol entre hombres y mujeres el cual incluyó a 100 mujeres que acudieron a pedir atención por su consumo de alcohol en el Hospital General de México en la Clínica para la Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA) encontraron que: el 50% de las mujeres y un 82% de los hombres cumplían criterios para dependencia. En todos los grupos estudiados se encontró que el problema más frecuente son los relacionados con la salud y psicológicos. Sin embargo entre los pacientes que no son dependientes (menos de 3 criterios) se encontró una marcada diferencia por sexo. En los hombres después de los problemas de salud y psicológicos se encontraron los relacionados con el control de impulsos, y la abstinencia. Por otro lado las mujeres reportaron abstinencia y problemas para dejar la bebida. En las mujeres con dependencia de gravedad baja (de 3 a 4 criterios), reportaron los porcentajes más altos síntomas muy parecidos a las no dependientes. Los hombres con este grado de dependencia presentaban abandono de las actividades (sociales, recreativas o laborales por estar bebiendo) y abstinencia. En los grupos con gravedad alta de dependencia (5 a 7 criterios) las diferencias entre hombres y mujeres se hacen menos evidentes. En estos grupos (ambos) sobresale de manera independiente la falta de control sobre la bebida en ambos grupos y en el caso de las mujeres, el abandono o reducción de las actividades para poder tomar³⁹.

En Nuevo León para evaluar la prevalencia del consumo de alcohol y drogas médicas en adultos mayores y relacionarlo con la presencia de estrés, realizaron un muestreo aleatorio estratificado por sexo y colonia (n=154), utilizaron el inventario de estrés de vida de adultos mayores (ELSI), Aldwin, Levenson, Sprio & Bosse, 1989), el examen de tamizaje de alcoholismo de Michigan (MAST-G) y una tabla de valoración de consumo de drogas médicas. Sus resultados mostraron que casi la mitad de la población consumió alcohol en el último año (45.54%). El consumo de alcohol presento diferencias para sexo, estado civil, pero no en los fármacos. La prevalencia fue de 14.3%. No encontraron relación significativa del estrés de la vida con el consumo de alcohol y con el consumo de drogas medicas, aunque si asociación entre mayor percepción para el estrés en mujeres que en hombres⁴⁰.

RELACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN GENERAL

El termino trastorno dual hace referencia a la coexistencia en un mismo sujeto de una historia de uso-abuso de drogas junto a un trastorno psiquiátrico⁴¹. Autores como Dixon⁴² y Lehman⁴³ han pretendido elaborar modelos que expliquen la interrelación entre ambos tipos de entidades clínicas. Sin embargo es más operativo considerar tres mecanismos como posibles:

1. Dependencia de drogas como trastorno primario e inductor de la patología psiquiátrica; éste es el mecanismo defendido por la teoría de la neurotoxicidad⁴⁴. Los cuadros que con más frecuencia aparecen a consecuencia del consumo de drogas son depresión, ansiedad y crisis psicóticas, siendo el cannabis, el alcohol, la cocaína y otros estimulantes los responsables en la mayoría de los casos.

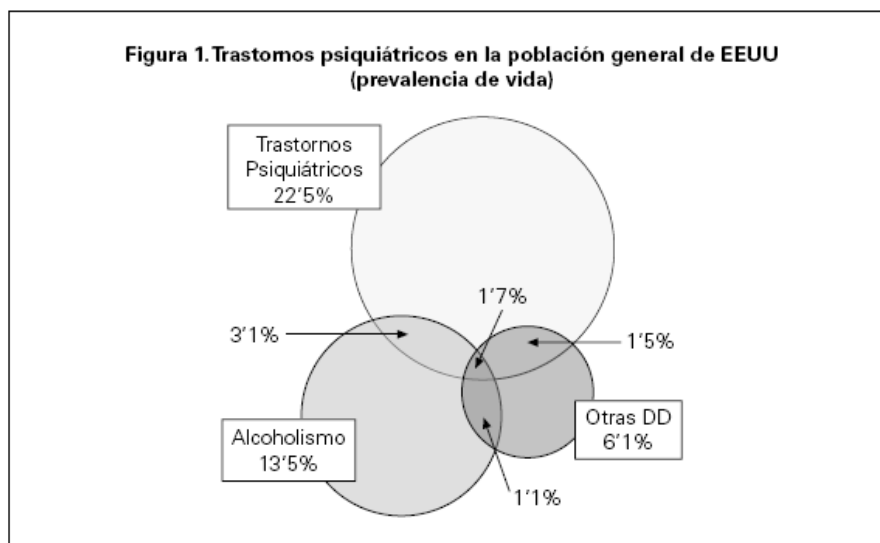
2. Psicopatología como factor de riesgo para el desarrollo de una dependencia a sustancias: en ese sentido, el consumo de drogas se produciría para aliviar síntomas como la depresión o la ansiedad: puede, por tanto, considerarse como una modalidad de automedicación.

3. El último mecanismo consiste en la existencia de una vulnerabilidad especial del sujeto para padecer ambos trastornos: es el ejemplo clásico de los trastornos de personalidad⁴⁵.

Se estima que la prevalencia de los trastornos duales es elevada⁴⁶, no obstante, los resultados de los diversos estudios no son todo lo uniformes que cabría esperar. Esta variabilidad puede tener su origen en una serie de factores tales como el tipo y tamaño de la muestra a estudiar, momento de la medición de la psicopatología, duración del seguimiento.

La alta prevalencia de la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos con uso de alcohol ha sido ampliamente abordada en EUA se han realizado estudios epidemiológicos, como el Epidemiologic Catchment Area Study (ECA)⁴⁷, el National Comorbidity Survey (NCS)⁴⁸ y el National Epidemiologic Survey on Alcohol use and Related Conditions⁴⁹. Estos estudios establecen una prevalencia aproximada de 45% (ECA) al 72% (NCS) reportando hasta prevalencias de 78% de algún trastorno psiquiátrico en hombres y 86% en mujeres con alcoholismo.

A partir del estudio ECA se estudiaron 20.000 personas residentes en 5 grandes ciudades de EUA, entre 1980 y 1985. El estudio ECA encontró un prevalencia de vida del 13.5% para el alcoholismo (trastorno por abuso o dependencia del alcohol), del 6.1% para el abuso o dependencia de otras drogas y un 22.5% para los demás trastornos psiquiátricos.



Casas M, Guardia J. Tomado de patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones 2002; 14 (1): 196:115

El NCS ha utilizado entrevistas psiquiátricas estructuradas en una muestra de más de 8,000 personas no institucionalizadas, de 15 a 54 años de edad y ha encontrado una mayor

prevalencia de vida para cualquier trastorno psiquiátrico, un 48% de la población de EUA. También se ha detectado una prevalencia más elevada de trastornos psiquiátricos entre las personas que tienen un trastorno por abuso de sustancias que entre los que nunca lo han tenido. Además, proponen que el inicio de la mayoría de dichos trastornos psiquiátricos habría sido previo al inicio del abuso de sustancias, excepto para los trastornos afectivos, como depresión, entre los hombres alcohólicos, cuyo inicio suele ser posterior al inicio del alcoholismo. Entre las mujeres, el 72.4% de las que abusan del alcohol y el 86% de las dependientes del alcohol han presentado algún trastorno psiquiátrico o drogodependencia, a lo largo de su vida. Entre los hombres, la prevalencia a lo largo de la vida era de 56.8% para el abuso y 78.3% para la dependencia del alcohol.

Los trastornos de ansiedad y de ánimo fueron los más frecuentes entre las mujeres, mientras que las otras drogodependencias y el trastorno de personalidad antisocial fueron los trastornos comórbidos más frecuentes entre los hombres alcohólicos. Para ambos sexos la dependencia del alcohol aparece asociada a trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y trastorno de personalidad antisocial, con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por simple azar⁵⁰.

Según el estudio ECA, los trastornos psiquiátricos que aparecen asociados con mayor frecuencia al alcoholismo, (son trastornos más probables que en la población general), la manía (6.2 veces más), la esquizofrenia (4 veces más) y el abuso de drogas (3.9 veces más). Las drogodependencias que aparecen asociadas al alcoholismo, por orden de mayor a menor frecuencia serían las de cocaína, hipnosedativos, opiáceos, alucinógenos, estimulantes y cannabis. Aunque los síntomas aislados de ansiedad y depresión aparecen asociados con frecuencia al alcoholismo, los trastornos depresivos o de ansiedad no son mucho más prevalentes que entre la población general⁵¹.

En la población general, los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, llegando, según algunos estudios hasta el 25% de la población. Entre un 23% y un 70% de pacientes alcohólicos presentan también trastornos de ansiedad, sobretodo neurosis de ansiedad y fobias. Por otro lado, del 20% al 45% de pacientes con trastorno de ansiedad tiene antecedentes de alcoholismo. Dicha comorbilidad entre alcoholismo y trastornos de ansiedad es más prevalente entre los dependientes que entre los abusadores de alcohol. Entre los trastornos psiquiátricos de Eje II, asociados al alcoholismo, destacan los trastornos de personalidad (57-78%), que se distribuyen entre los de tipo paranoide (7-44%), antisocial (3-47%), límite (16-32%), histriónico (6-34%), por evitación (2-32%), y dependiente (4-29%). En función de la tipología de alcoholismo, la comorbilidad de Eje I es dos veces más frecuente en el tipo A que en el tipo B. Sin embargo, la comorbilidad con trastornos de personalidad (acompañada o no por algún trastorno de Eje I), es más frecuente en los pacientes alcohólicos de tipo B que en los de tipo A. Sobre todo los trastorno de personalidad esquizoide, esquizotípico, o los del cluster B⁵².

El síndrome dual depresión-alcohol presenta ciertas características clínicas particulares tales como:

1. El trastorno afectivo suele acompañarse de síntomas ansiosos graves (síndrome ansioso-depresivo), y de importante insomnio, con riesgo de recurrir a tranquilizantes y potenciar su abuso.
2. Alto índice de recaídas (tanto por alcohol como depresivas).
3. Dificultad para el control de la conducta y elevada impulsividad.

4. Elevado riesgo suicida.

Numerosas sustancias, incluido el alcohol, inducen cambios importantes de la función de serotonina (5-HT). Diversos estudios sugieren que el papel de la 5-HT sería modulador de la gravedad y sintomatología afectiva y del comportamiento en el abuso de sustancias. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los antagonistas del receptor 5-HT₂ resultan especialmente eficaces en el tratamiento de los síntomas depresivos (incluyendo el riesgo suicida) y de la impulsividad asociada al abuso de alcohol y sustancias.

Cloninger estableció dos tipologías clínicas de alcoholismo. El alcoholismo Tipo II está caracterizado por una gravedad moderada, elevada heredabilidad, inicio precoz y gran asociación con rasgos de personalidad antisocial y es infrecuente en mujeres. En cambio el alcoholismo Tipo I es más grave, con menor carga heredable, asociado a criminalidad y es más frecuente en mujeres alcohólicas.

El alcoholismo además, se asocia a un riesgo elevado para otros trastornos psiquiátricos, lo cual sugiere una predisposición genética múltiple. El alcoholismo se ha asociado a un particular polimorfismo en el alelo A1 del gen DRD2 del receptor dopaminérgico D₂⁵³.

El diagnóstico de alcoholismo formulado a tiempo, puede servir de plataforma salvadora no solo para el individuo, sino para su familia. El grupo familiar creado por el alcohólico está sujeto a un sinnúmero de tremendos sufrimientos y calamidades, que van desde servir de semillero de violencias y traumas psicológicos, hasta la degradación sociolaboral, la miseria y la alta incidencia de esquizofrenia, alcoholismo y otras drogodependencias.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS ANCIANOS Y USO DE ALCOHOL

Los adultos mayores con trastornos mentales constituyen un grupo significativo de la población general; padecen el mismo espectro de trastornos mentales que los adultos más jóvenes, pero algunas patologías se vuelven particularmente significativas en la tercera edad (trastornos cognitivos, trastornos afectivos - en especial depresión -, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, trastornos de personalidad). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, dolores físicos, trastornos del sueño, etc.) los hacen más vulnerables a la patología mental.

Además las múltiples patologías que padecen y la polifarmacia que reciben hacen que los médicos tratantes alejen su foco de atención de los signos y la sintomatología psiquiátrica, la que a su vez puede ser más sutil y/o encontrarse enmascarada por los síntomas orgánicos⁵⁴.

En las estadísticas norteamericanas, al menos el 12% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen un trastorno mental diagnosticable⁵⁵. En el caso de pacientes internados por trastornos de tipo orgánico se calcula que el 40-50% presenta trastornos mentales^{56, 57} y en instituciones geriátricas alrededor del 70 al 94% los padece^{58, 59}. En los EUA, el 27% de los pacientes internados en instituciones psiquiátricas tienen más de 65 años de edad. Se estima que del 15 al 25% de los 28 millones de norteamericanos mayores de 65 años tiene problemas mentales significativos.

En diversos estudios⁶⁰ encontraron que el 29% de los residentes de asilos tuvieron alguna vez en la vida diagnóstico de abuso de alcohol. Estos mismos presentaron índices elevados de deterioro cognitivo (60.6%) y depresión mayor (13.8%) clínicamente significativos. Se calculó que la incidencia del problema del alcoholismo de inicio tardío en la población general se encontró en rangos de entre 0.2 y 4% por año. Se identificaron en el desarrollo del alcoholismo de inicio tardío factores de riesgo específicos, resultando: alto consumo en la juventud, mayor tiempo y oportunidades para beber, enfermedades médicas que causaban dolor o insomnio. En un estudio realizado en personas mayores de 60 años con dependencia a alcohol ⁶¹reveló que la depresión, ansiedad, falta de apoyo social y el aburrimiento fueron los factores más frecuentemente reportados como precipitantes de los problemas de alcoholismo en el viejo^{62, 63}.

Existen muy pocos estudios que evalúen diagnósticos psiquiátricos específicos con el uso de alcohol, se ha reportado que en pacientes con ansiedad existe un riesgo de abuso de alcohol y tabaco⁶⁴, refiriendo una prevalencia de 4% con abuso de alcohol. En los pacientes deprimidos, el uso de alcohol se asocia con una peor evolución y pobres tasas de apego al tratamiento. En una muestra mexicana de adultos mayores con trastornos depresivos y síntomas somáticos se encontró una prevalencia de uso de alcohol del 5.8%⁶⁵. En pacientes con esquizofrenia, la prevalencia de abuso de sustancias es del 60%⁶⁶ con una afectación en su funcionalidad de manera importante⁶⁷, aunque no se ha establecido el uso de alcohol. El trastorno bipolar es el trastorno mental de más elevada comorbilidad con abuso de sustancias en la edad media y en la juventud. Sin embargo existen pocos estudios que aborden a los adultos mayores, se ha reportado comorbilidad de 29%⁶⁸ en los sujetos mayores de 60 años. Se estiman entre el 20 y el 70% de casos comórbidos, en el caso de población geriátrica se ha reportado hasta una prevalencia de 38% de trastornos por uso de alcohol, en especial en el grupo de pacientes masculino. Esta comorbilidad se asocia a riesgo elevado de suicidio y de resistencia a los tratamientos farmacológicos en los adultos mayores⁶⁹.

El consumo de alcohol se ha asociado con una menor incidencia de la enfermedad de Alzheimer (EA), especialmente el consumo de vino. Sin embargo Rao y cols, sugieren que el alcohol produce un inicio a edades tempranas de la EA⁷⁰. Aunque otros estudios no han hallado relación entre esta variable y el posterior desarrollo de EA. Al parecer el encargado del efecto protector del vino tinto en el desarrollo de la demencia es el resveratrol, un polifenol natural que tiene efecto cardioprotector, quimioprotector y evita la acción del beta-amiloide sobre las células cerebrales⁷¹. En cuanto a la prevalencia de uso de alcohol en pacientes con demencia, en un estudio español se reportó que en los pacientes con demencia no existía ningún bebedor actual⁷². En general existen pocos datos de uso de alcohol en población con demencia, aunque es clara su asociación con deterioro cognitivo⁷³.

CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

Una de las primeras investigaciones realizadas sobre el consumo de alcohol en población psiquiátrica mexicana (n=100) encontró que el 48% por ciento de la muestra total presentó el diagnóstico de abuso y dependencia al alcohol. Encontraron que el 52% de los pacientes con diagnóstico de abuso y dependencia al alcohol no habían sido identificados previamente. El análisis de la asociación del diagnóstico de abuso y dependencia al alcohol dio a conocer que éste se presentaba como diagnóstico único, solamente en el 13% de los hombres y en el 4% de

las mujeres. El diagnóstico que se relacionó al de abuso y dependencia al alcohol con mayor frecuencia en los hombres fue el de Trastornos de Ansiedad en el 42%. En tercer sitio los trastornos afectivos (26%) y en cuarta posición la esquizofrenia. Sin embargo del total de pacientes esquizofrénicos hombres, el 50% se les diagnóstico problemas de abuso y dependencia al alcohol. En cuanto a la población femenina hubo asociación en primer lugar con los trastornos afectivos en el 39%, en segundo lugar con los trastornos de ansiedad (34%)^{74, 75}. Además se ha observado que el consumo de alcohol, específicamente en pacientes esquizofrénicos afecta la calidad de vida, aunque al parecer los pacientes que mostraban patrones de consumo más intensos, también tenían menor presencia de síntomas negativos⁶⁷. A la fecha no se han encontrado estudios en población psico-geriátrica mexicana que evalúen el consumo de alcohol.

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia del consumo patológico de alcohol en mayores de 60 años es de aproximadamente el 5.3%⁷⁶. Los adultos mayores tienen mayor vulnerabilidad a los efectos nocivos del alcohol. El impacto psicosocial, en la funcionalidad y los costos generados por el uso de alcohol son altos, además debemos tomar en cuenta que el cambio generacional del país va a provocar un envejecimiento de la población. De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) actualmente residen en México 8.2 millones de personas de 60 años o más, en 2030 se espera que sean 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán, según lo previsto 36.2 millones. Con una proporción de adultos mayores en el 2050 del 28%⁷⁷.

A pesar de tener estos resultados, y ser la droga más usada, son pocos los estudios realizados en la población anciana. El tema de alcoholismo en la vejez ha recibido relativamente muy poca atención en la literatura. Investigaciones previas en este campo han sido pobres por una falta de criterios diagnósticos estandarizados y por la ausencia de herramientas de exploración validadas para esta edad.

De manera particular es importante en los pacientes psiquiátricos, sean o no adultos mayores, el tratamiento del alcoholismo y consumo de riesgo, pues este contribuye al empeoramiento de los síntomas psiquiátricos y de enfermedades médicas en general; además de que disminuye el efecto terapéutico de los antidepresivos y otros psicotrópicos utilizados en el tratamiento de estos pacientes. Sobre todo tomando en cuenta, que un padecimiento psiquiátrico aumenta el riesgo para el uso de alcohol.

Escogimos la aplicación del cuestionario AUDIT por ser un método fácil, práctico y eficaz, incluyendo el que no representa ningún costo, haciendo de esta manera accesible y abordable el problema del consumo de alcohol, sobre todo por ser una herramienta breve y de fácil aplicación en el grupo de población a investigar debido a los posibles impedimentos para ellos tales como el deterioro cognitivo y síntomas de demencia tempranos, el acceso a los pacientes se facilitó ya que estos se encontraron hospitalizados en el servicio de psicogeriatría del hospital y aquellos del grupo control se escogieron al azar dentro de los acompañantes de los mismos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe que los individuos alcohólicos presentan una mayor problemática psicosocial entonces sería esperable que en la población anciana también se presentará esta relación, por lo que nos planteamos el siguiente cuestionamiento.

¿Es mayor la presencia de problemas relacionados con el alcohol en los pacientes psiquiátricos ancianos comparadas con aquellos adultos mayores sin problemas psiquiátricos?

HIPÓTESIS

Los pacientes con padecimiento psiquiátrico tendrán de manera significativa mayor presencia de problemas relacionados con el uso de alcohol que el grupo control.

HIPÓTESIS NULA

Los pacientes con padecimiento psiquiátrico no presentaran diferencias significativas con los sujetos sin patología psiquiátrica en los problemas relacionados con el uso de alcohol.

OBJETIVO GENERAL

Establecer si existen diferencias en la presencia de problemas relacionados con el abuso de alcohol entre un grupo de pacientes geriátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y un grupo de personas sin padecimiento psiquiátrico mayores de 60 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir si existe asociación entre los diagnósticos psiquiátricos y problemas relacionados con el uso de alcohol.
- Describir si existe asociación entre sexo y problemas relacionados con el uso de alcohol.
- Describir si existe correlación entre edad y problemas relacionados con el uso de alcohol.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Comparativo, transversal y descriptivo.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó la selección de 40 pacientes que se encontraban hospitalizados en el servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en las fechas de Julio, Agosto y Septiembre del 2007. El método fue el siguiente: se revisaron los expedientes de los adultos mayores internados en el servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en los meses arriba citados, poniendo especial interés en los antecedentes citados en la Historia Clínica, de estos, se seleccionaron aquellos pacientes que tuvieran antecedente de consumo de alcohol, a éstos, se les aplicó el cuestionario AUDIT. Aquellos en los que los antecedentes eran negativos para consumo de alcohol se consideraron como abstemios o no consumidores, marcando el primer ítem del cuestionario AUDIT.

Por otra parte, se seleccionaron a 20 adultos, mayores de 60 años que no tuvieran diagnóstico psiquiátrico. La muestra fue obtenida al azar dentro del grupo de familiares o acompañantes que acudían con pacientes al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en los meses de Agosto y Septiembre. A los familiares y/o acompañantes que aceptaron contestar el cuestionario AUDIT se les aplicó el MINI para descartar la presencia de sintomatología psiquiátrica, mismo grupo que se categorizó como grupo control.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS PACIENTES

1. Pacientes con diagnóstico y tratamiento establecido en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se encontraban hospitalizados en el área de psicogeriatría en las fechas arriba mencionadas
2. Que aceptaran de manera verbal contestar a la encuesta (AUDIT)
3. Hombres y mujeres
4. Mayores de 60 años
5. Diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al MINI

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que por la sintomatología psiquiátrica no pudieron cooperar con el estudio o que no que hayan aceptado contestar a la encuesta (AUDIT)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA SUJETOS SIN PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.

1. Que aceptaron participar en el estudio (haber dado su consentimiento informado de manera verbal)
2. Que no presentaron trastorno psiquiátrico actual corroborado por medio del MINI

VARIABLES INDEPENDIENTES

Diagnóstico psiquiátrico. Enfermedad mental con diagnóstico establecido en base a criterios definidos por el DSM-IV. Definición operacional: Diagnóstico referido en el expediente clínico. Categórica

Sexo. Masculino ó Femenino. Dicotómica

VARIABLES DEPENDIENTES

Uso de alcohol. Definición teórica: Ingesta de alcohol alguna vez en su vida. Definición categórica. Responder positivamente al primer ítem del AUDIT (¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?)

Consumo de riesgo. Se considera ingesta de alcohol de manera excesiva sin dependencia, abstinencia. Definición categórica. Obtener un puntaje en el AUDIT de 8 a 12 en hombres y de 6 a 12 en mujeres.

Dependencia al alcohol. Necesidad física y psicológica de la sustancia, con presencia de abstinencia y búsqueda. Definición categórica. Obtener un puntaje en AUDIT de 13 a 40.

Problemas relacionados con el uso de alcohol: Ingesta excesiva de alcohol que condicione dependencia, abstinencia o alteración en la funcionalidad secundarios. Definición operacional. Puntaje en el AUDIT igual o mayor a 8 puntos. Dicotómica.

INSTRUMENTOS

El AUDIT está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenia, México, Noruega y EU)⁷⁸ que fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols. Su objetivo era disponer de un instrumento capaz de detectar problemas no graves relacionados con el consumo de alcohol. Se trata de un cuestionario auto-administrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol.

El cuestionario investiga los hechos durante el último año. Las ocho primeras cuestiones tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango es de 0 a 40. Es un instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo perjudicial o abuso de alcohol. Resulta especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) sobre problemas relacionados con el consumo alcohólico. En el trabajo de Saunders⁷⁹ se proponen dos puntos de corte con los siguientes valores de sensibilidad y especificidad:

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
8	92%	94%
10	80%	98%

Una alta puntuación en los ítems 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si esta se da en los ítems 4 a 6, posible dependencia alcohólica y si se da en las cuestiones 7 a 10 consumo perjudicial⁸⁰. Propiedades Psicométricas Fiabilidad: El alfa de Cronbach es de 0,8. Validez: Posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0.88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = 0.31$ en varones y 0.46 en mujeres). Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte 11 la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Si el punto de corte se sitúa en 13 la sensibilidad es de 0,7 y la especificidad de 0,78. Se encuentra validada al español⁸¹ y ha sido usada ampliamente en México⁸².

MINI

La MINI⁸³ es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve, que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Sus ítems se basan en los criterios diagnósticos operativos de estas clasificaciones, y existen dos versiones, una para cada una de ellas. La versión española ha sido adaptada por Ferrando L y cols. Está dividida en 16 módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Presentamos

aquí las secciones de episodio depresivo mayor, trastorno distímico, ansiedad generalizada y episodio maníaco (secciones A, B, H y c) de la versión 4.4 correspondiente al DSM-IV.

Al comienzo de cada módulo, se presentan una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Cuando esos se cumplen, varios ítems adicionales exploran el resto de criterios diagnósticos y permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos preestablecidos en el DSM-IV. La administración de los ítems secundarios queda condicionada a la presencia de los síntomas clave. Las preguntas son cerradas y deben ser realizadas por el entrevistador, respondiendo acerca de la presencia o ausencia del síntoma; puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Al final de cada sección se muestra en la pantalla de resultados la presencia o ausencia del trastorno explorado.

Las propiedades psicométricas son satisfactorias. En la versión DSM-IV los valores kappa para la fiabilidad interobservador estuvieron por encima de 0,75, y la fiabilidad test-retest fue superior a 0,75. Se han realizado estudios de validez y confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI; los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente altos, pero requiere un menor tiempo de administración que los instrumentos mencionados⁸⁴. Se encuentra validada al español⁸⁵.

PROCEDIMIENTO

Previa autorización del comité de ética del Hospital participante, el investigador principal realizó la selección y el abordaje de los pacientes en el servicio de psicogeriatría-hospitalización en las fechas de Julio, Agosto y Septiembre del 2007. Para ello se escogieron a los pacientes que ingresaban al servicio de hospitalización, que cumplieran con los criterios de inclusión en el estudio. La selección de los pacientes se basó en la capacidad para contestar al cuestionario, la presencia de antecedente de uso de alcohol referido en el expediente, la autorización de su médico tratante para participar en el estudio y su consentimiento. Posterior a la selección se realizó la aplicación de los instrumentos (MINI y AUDIT) en aproximadamente 40 minutos en el área de hospitalización por el investigador principal, el MINI fue heteroaplicado y el AUDIT fue autoaplicado, en caso de necesitar ayuda para leerlo o tuvieran dudas se auxilió a los pacientes. De manera alterna se realizó la selección de un grupo control obtenido de los sujetos accesibles mayores de 60 años, que acompañaban a pacientes al servicio de consulta externa en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Previo consentimiento informado, se les preguntó si padecían alguna enfermedad mental, para corroborar la ausencia de algún diagnóstico psiquiátrico se les aplicó el MINI, la aplicación se realizó en un consultorio del servicio de consulta externa por parte del investigador principal, disponiendo para ello de 30 minutos. El grupo control se conformó de 20 sujetos, a los cuales se le proporcionó el AUDIT, siendo autoaplicado en un tiempo aproximado de cinco minutos. En caso de necesitar ayuda para leerlo, se les apoyó leyéndolos y anotando sus respuestas. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa SPSS v.15, realizando los resultados, discusión y conclusiones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se capturaron los datos en Excel realizándose el análisis estadístico con el programa SPSS. Se utilizaron las pruebas de resumen para la descripción de la muestra (promedio, desviación estándar y porcentaje), así como X^2 para comparar el diagnóstico y el tratamiento farmacológico con el número casos de problemas asociados al uso de alcohol (obtenido por AUDIT, estableciéndose el punto de corte en 8. Dado que la muestra era pequeña y la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró que las muestras no cumplían con los parámetros de normalidad ($Z=1.46$, $p=0.028$) se realizó U de Mann Whitney para el análisis entre grupos de pacientes y sujetos sanos con el total bruto obtenido en el AUDIT, además de análisis de correlación de Spearman para edad y el total obtenido en el AUDIT.

RESULTADOS

Los pacientes fueron 24 mujeres y 16 hombres, tuvieron una media de edad de 61 años +/- 6.56, en cuanto al diagnóstico obtenido la distribución fue la siguiente: Esquizofrenia paranoide 15 (37.5%), Trastorno Bipolar 8 (20%), Demencia 6 (15%), Trastorno Depresivo Grave 5 (12.5%), Trastorno esquizofreniforme orgánico 2 (5%), Trastorno de ansiedad generalizada 1 (2.5%), Trastorno obsesivo compulsivo 2 (5%) y trastorno de ideas delirantes persistentes 1 (2.5%).

Los sujetos sin patología psiquiátrica fueron 13 mujeres y 7 hombres, tuvieron una edad promedio de 70.5 años con +/-9.25. Los promedios de edad de las dos muestras se presentan en tabla I.

Tabla I. Promedio de edad de las dos muestras.

Grupo	Promedio y desviación estándar	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Experimental	61 +/- 6.56	24	16
Control	70.5 +/- 9.25	13	7

En los sujetos sin patología psiquiátrica, el porcentaje que había consumido alcohol era de 30% (6 casos). En el total de la muestra de los 14 sujetos que consumían alcohol 10 eran hombres (16%) y 4 mujeres (6%). El resto de los datos se presentan en la tabla II.

El promedio obtenido en el AUDIT del total de los dos grupos fue de 2.08, el promedio del grupo de pacientes fue de 2.41 y el promedio de los sujetos sin patología psiquiátrica fue de 1.16.

Al juntar los dos grupos se reportó la presencia de no consumo en 76.7%, 20% habían consumido una o menos veces al mes, 1.7% de 2 a 3 veces por semana y 1.7% de dos a tres veces a la semana. De los que habían consumido alguna vez, el 87% consumía de una a dos copas, el 4.3% tres o cuatro copas y el 8.7% cinco a seis copas por ocasión.

Tabla II. Tipo de uso de alcohol entre las dos muestras dividido por sexo

Grupo	Sin uso de alcohol		Uso de alcohol		Problemas de alcohol	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Control	3	11	4	2	0	0
Pacientes	10	22	6	2	3	0

En la muestra sólo el 1.7% había consumido más de seis tomas en una sola ocasión en menos de un mes y 6.7% había consumido mensualmente seis o más bebidas en una ocasión.

Ninguno presentó problemas para detener la ingesta de alcohol una vez empezado, ni dejó de realizar alguna actividad por la misma causa. Sólo uno refirió tener que beber en ayunas para recuperarse de la resaca (1.7%), ninguno presentó culpa por la manera de beber y uno mostró problemas para recordar lo que sucedió mientras estaba bebiendo. Tres sujetos refirieron heridas físicas secundarias al uso de alcohol, y esos mismos refirieron que alguien había expresado preocupación por su problema para beber.

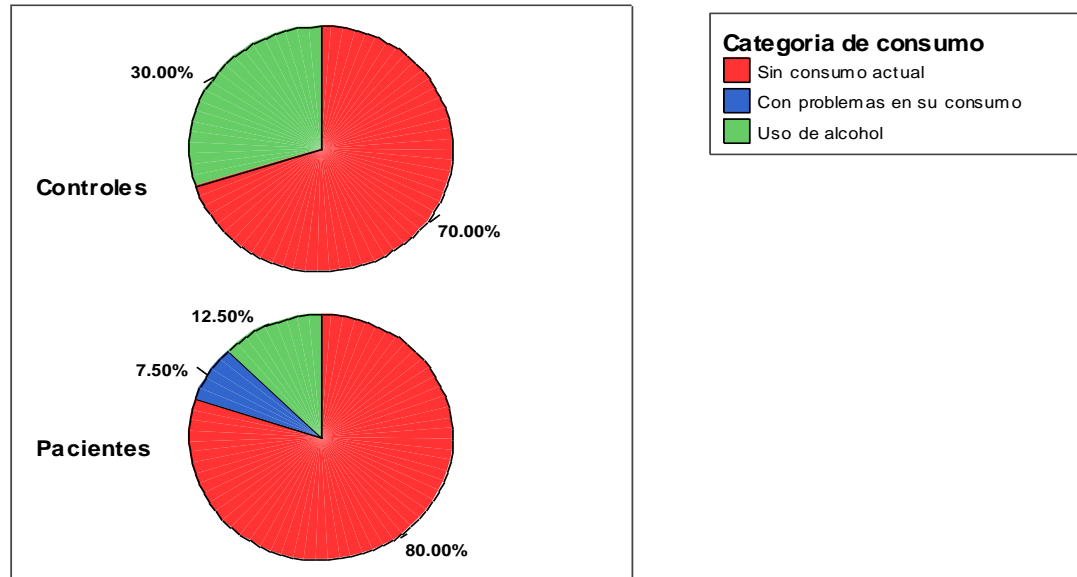
Al desglosar por grupos diagnósticos los pacientes con uso de alcohol y con algún problema relacionado con el uso de alcohol observamos que el 40% de los pacientes con trastorno depresivo usaban alcohol (Tabla III).

Tabla III. Uso de alcohol y problemas relacionados con su uso divididos por grupo diagnóstico

Diagnóstico	Uso de alcohol	Con algún problema relacionado con el uso
Trastorno depresivo grave	2 (40%)	1 (20%)
Esquizofrenia	4 (26%)	2 (13%)
Trastorno Bipolar	2 (25%)	0
Trastorno de ansiedad generalizada	0	0
Trastorno Esquizofreniforme	0	0
Demencia	0	0
Trastorno obsesivo compulsivo	0	0
Trastorno de ideas delirantes persistentes	0	0
Total	8 (20%)	3 (7.5%)

El número de casos con algún problema relacionado con el alcohol fue de 3, todos dentro del grupo de pacientes, lo que representa 7.5% del grupo de pacientes y el 5% de la muestra total, tomando en cuenta los dos grupos. La distribución de los puntajes en el AUDIT se presenta en la grafica siguiente (1):

Grafica 1. Distribución del tipo de consumo de alcohol en los dos grupos.



No se encontró asociación entre la presencia de casos con algún problema relacionado con el alcohol y ser paciente ($X^2 = 1.57$; $p = .209$), el diagnóstico psiquiátrico ($X^2 = 1.79$; $p = .209$). Dado que no se encontró asociación con la presencia de diagnóstico psiquiátrico y problemas relacionados con el uso de alcohol se acepta la hipótesis nula.

Fue significativo el sexo masculino con la presencia de algún problema relacionado con el alcohol, ($X^2 = 5.08$; $p = .024$).

Al realizar la comparación entre grupos de pacientes y sujetos sin patología psiquiátrica se encontró que los dos grupos mostraban una diferencia de varianzas ($F = 6.028$; $p = .023$) sin existir diferencias significativas entre los dos grupos para el total del AUDIT. ($U = 37$; $p = .301$) por lo se sustenta de nuevo rechazar la hipótesis.

Existían diferencias significativas en la edad entre los dos grupos, ($U = -.203.5$; $p = .002$) siendo el grupo de sujetos sin patología psiquiátrica más longevo; no existía una correlación entre la edad y el total obtenido en el AUDIT ($r = -.218$; $p = .318$).

DISCUSIÓN

Conforme la población vive más años, la presencia de enfermedades de la tercera edad se incrementa y se asocia con otras, provocando comorbilidad. Una de las comorbilidades más importantes y que en los pacientes psiquiátricos se encuentra más extendida es el uso de alguna sustancia ilícita. En México pocos estudios han reportado el impacto del consumo y abuso de alcohol en el anciano y aun más escasa es la información sobre consumo de alcohol y trastornos psiquiátricos en la tercera edad⁸⁶.

Solís y colaboradores⁸⁷ reportaron en una población general hasta 20.5% de consumo de alcohol y 3.8% de prevalencia en síndrome de dependencia. Con otros instrumentos de tamizaje, como el AUDIT y el Alcohol- Related Problems Survey (ARPS) se ha reportado una prevalencia de 11% para síndrome de dependencia al alcohol y hasta de 35% para problemática relacionada con su consumo. Los datos obtenidos aquí, corroboran lo referido por Solís⁸⁶ ya que también un 20% de nuestros pacientes habían mostrado consumo de alcohol en algún momento, llama la atención que en los sujetos sin patología psiquiátrica el porcentaje fue mayor con respecto al consumo (30%), pero ninguno de ellos presentaba problemas relacionados con la bebida.

Generalmente los pacientes psiquiátricos tienen indicado no consumir bebidas alcohólicas, lo que disminuye la permisividad; situación que no se presenta en los sujetos sin patología psiquiátrica, siguiendo pautas sociales y consumo de tipo recreativo. Al parecer los pacientes psiquiátricos, cuando llegan a consumir alcohol generalmente también tienen problemas con su uso y en los sujetos sin padecimiento psiquiátrico no. Es posible que también los diferentes patrones de consumo en sujetos sin patología psiquiátrica y aquellos que la tienen expliquen la falta de diferencias entre los dos grupos

Los problemas relacionados con el alcohol tienen graves consecuencias en sujetos de la tercera edad, como se mencionó, tienen una mayor vulnerabilidad física a sus efectos, de ahí la importancia de establecer investigaciones sobre el patrón existente. La prevalencia de consumo de alcohol en ancianos se encuentra reportada entre el 3% y el 35%^{7,17,49}, dependiendo de la población estudiada y el instrumento utilizado para la detección del uso de alcohol.

En éste estudio, la presencia de problemas relacionados con el alcohol en el anciano fue de 5%, todos fueron pacientes psiquiátricos. Si bien existía una clara diferencia numérica entre los sujetos sin patología psiquiátrica y los pacientes, no alcanzó la validez estadística; probablemente sería necesario ampliar la muestra en los dos grupos y realizar un estudio de carácter epidemiológico, en este caso por los recursos disponibles no pudimos realizarlo.

Varios factores están involucrados en el uso de alcohol, dentro de ellos se encuentran los factores sociales, biológicos y psicológicos. Uno de los indicadores más consistentes en el aumento del consumo es: ser hombre. El uso de alcohol generalmente presenta tasas más altas en los hombres que van desde el 22% al 31%, comparado con el 2.2% al 5.9% en mujeres^{7,17,40}, esto se replica en nuestro estudio, observamos que los tres casos de problemas relacionados con el alcohol fueron hombres y también el uso de alcohol se encontró más extendido en los hombres que en las mujeres (16% Vs. 6%).

Existen múltiples factores para que los hombres tengan un consumo mayor: un pobre control de impulsos, mayor permisividad e incluso el hecho de que entre los mismos se incentiva al consumo de alcohol y los mayores índices de tolerancia hacen proclive a mayor consumo a este género. Aunque nosotros no contemplamos en el estudio la severidad de sintomatología o factores psicológicos, hubiera sido deseable realizarlo para observar si estos datos se encontraban también relacionados con el sexo.

Los trastornos psiquiátricos en la tercera edad son un problema de salud pública importante ya que se presentan hasta en el 70% de la población geriátrica y la presencia de los síntomas difiere en cuanto a lo encontrado en población joven^{46,47,48,49}. El curso tiende a cronificarse y aumenta la morbilidad, si a esto aunamos el uso de alguna sustancia, el problema generado es mayor, existen más tasas de recaídas y menor apego al tratamiento^{59,66,67}. En nuestra muestra encontramos que efectivamente la presencia de un trastorno psiquiátrico tiene mayores problemas asociados al uso de alcohol, aunque no logró la significancia estadística.

Uno de los trastornos más estudiados a nivel internacional es la depresión y el consumo de alcohol, en población de la tercera edad se reportan tasas de comorbilidad con dependencia de 5.8%⁷⁵ y con un predominio en las mujeres (15% Vs. 5%)⁵⁹, estas tasas son relativamente bajas comparadas con nuestra población que reportó presencia del 20%, aunque debemos tomar en cuenta que eran depresiones graves que requerían hospitalización. La sintomatología más severa podría explicar la mayor presencia de problemas asociados al uso de alcohol.

El trastorno que reporta una mayor comorbilidad de uso de sustancias es el trastorno Bipolar, la presencia de uso de alcohol empeora la evolución clínica y disminuye el apego al tratamiento; sin embargo son escasos los estudios de alcoholismo en población anciana, donde la tasa reportada es de 38%⁶⁸. En nuestro estudio mantuvimos un perfil parecido de uso de alcohol del 25% pero sin casos con problemas en su uso. Es factible que esta discrepancia sea principalmente por el escaso número de pacientes captados, que no significaría una muestra representativa que mostrara realmente el comportamiento en esta población. Sería interesante en investigaciones posteriores realizar en esta población estudios epidemiológicos de prevalencia de uso de alcohol y observar como interacciona con la morbilidad y en el curso del tiempo.

En cuanto a la esquizofrenia, posiblemente sea uno de los campos más examinados en México sobre el uso de alcohol, observamos que las tasas de uso se encontraban hasta en el 60% de los pacientes⁶⁶. En nuestro caso la presencia de uso fue del 26% y los problemas relacionados con el alcohol fueron del 13%. La presencia de uso de alguna sustancia esta asociada en la juventud a una mayor funcionalidad, en la vejez el uso esta asociado a una mayor morbilidad y un menor apego al tratamiento, siendo una población doblemente vulnerable al aislamiento social y un pobre autocuidado^{67,64}.

Existen pocos datos con respecto a la demencia y el uso de alcohol, pero nuestro estudio coincide con lo reportado por Peña-Martínez⁷², donde reporta que ninguno de los pacientes con demencia ingería alcohol. Esto podría explicarse ya que la demencia se caracteriza por la pérdida de la autonomía y por ende disminuye la accesibilidad al alcohol.

Si bien existe reportado que cualquier tipo de psicopatología aumenta la presencia de uso de alcohol, el resto de los padecimientos psiquiátricos no refirieron consumo. Ni siquiera los

trastornos de ansiedad, que reportan con alta comorbilidad como una medida de auto medicación^{55,64}, reportaron uso de alcohol. Esto puede atribuirse a que la muestra era pequeña, por lo que sería necesario en futuros estudios ampliar el número de la muestra en este tipo de trastornos. Uno de los principales sesgos del estudio consistió en el número de pacientes captados, lo que disminuyó la potencia estadística y por lo que sería aventurado sacar conclusiones tajantes, pero abre numerosas vertientes para futuros estudios y observar si estas tendencias se mantienen.

Existe reportado que entre mayor es la edad existe un menor consumo de alcohol⁴¹, en nuestro estudio no se observó una correlación. Puede explicarse ya que el mayor consumo se observa comparando población joven con población de la tercera edad, y no por una comparación intra-generacional.

En el futuro, el escenario mostrado en este trabajo probablemente se multiplicará, ya que la población tiende al envejecimiento. Esto tiene altos costos sociales, de atención a la salud, y deberá ser un incentivo para realizar maniobras de prevención, ya que si evitamos que los pacientes psiquiátricos consuman alcohol, es probable que obtengan una mejor calidad de vida, menores recaídas y mejor apego al tratamiento en su vejez. Saber que el consumo de alcohol se encuentra aún presente en el viejo, nos hace reflexionar sobre que maniobras para evitarlo se hicieron en el pasado y cuales podemos realizar en el futuro para disminuir complicaciones y de esta manera mejorar la atención al paciente.

CONCLUSIONES

En base a los hallazgos de este estudio, podemos concluir lo siguiente:

- Los pacientes psiquiátricos comparados con la muestra de sujetos sin patología psiquiátrica no presentaron de manera significativa mayores problemas relacionados con el alcohol.
- No se encontró una asociación entre la presencia de un diagnóstico psiquiátrico específico y la presencia de problemas relacionados con el alcohol.
- No se encontró una asociación entre la edad y la presencia de problemas relacionados con el alcohol.
- Se encontró una asociación entre el género (hombre) y la presencia de problemas asociados con el alcohol.

Es necesario en estudios posteriores usar una muestra más amplia para aumentar la potencia estadística. Una limitante del estudio fue que el AUDIT sólo evalúa el último año, por lo que no se contempla alcoholismo en años previos. El estudio resulta valioso ante la escasa información sobre los patrones de consumo de alcohol en pacientes de la tercera edad y aun mas exigua en pacientes con trastornos psiquiátricos de este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lieber CS. Medical disorders of alcoholism. *N Engl J Med* 1995; 33: 1058-1065.
2. Romelsjö A, Karlsson G, Henningsohn L, Jakobsson SW. The prevalence of alcohol-related mortality in both sexes: Variation between indicators. *Am J Public Health* 1993; 83 : 838-844.
3. Harford TC. Family history of alcoholism in the United States: Prevalence and demographic characteristics. *Br J Addiction* 1992; 87: 931-935.
4. Grant BF. Alcohol consumption, alcohol abuse and alcohol dependence. The United States as an example. *Addiction* 1994; 89 :1357-1365.
5. Umbricht-Schneiter A, Santora P, Moore RD. Alcohol abuse: Comparison of two methods for assessing its prevalence and associated morbidity in hospitalized patients. *Am J Med* 1991;91:110-118
6. Yates DW, Hadfield JM, Peters K. The detection of problem drinkers in the accident & emergency department. *Br J Addiction* 1987;82:163-167.
7. Secretaría de Salud (México). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México D.F: INEGI; 2004
8. Secretaría de Salud (México). Encuesta Nacional de Adicciones 1998. México D.F: INEGI; 1999
9. Secretaría de Salud (México). Encuesta Nacional de Adicciones 1993. México D.F: INEGI; 1994
10. Tapia R, Medina-Mora ME, Sepúlveda J, De la Fuente JR, Kumate J. La Encuesta Nacional de Adicciones de México. *Salud Pública Mex* 1990; 32:507-522.
11. INEGI (México). Resultados del Censo del 2002. México D.F: INEGI 2003.
12. OMS (España). Congreso Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid: OMS; 2002
13. Secretaria de salud (México). Programa de Acción Envejecimiento. México DF: Secretaría de Salud; 2001
14. Gutiérrez LM. Aspectos preventivos del adulto mayor. En: Ponencia del seminario sobre envejecimiento sociodemográfico en México; Sociedad Mexicana de Demografía, 1993 Ago 6-10; México D.F. p. 56-68.
15. Zoohori N Recent patterns of alcohol consumption in the Russian elderly, 1992-1996. *Am J Clin Nutr* 1997; 66 (4): 810-814

-
16. Morales-García JIC, Fernández-Gárate IH, Tudón-Garcés H, Escobedo-de la Peña J, Zárate-Aguilar A, Madrazo-Navarro M. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex* 2002;44:113-121.
17. Morton JL, Jones TV, Manganaro MA Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. *Am J Med* 1996; 101; 2: 153-159
- 18 Moore A, Fleischman A, Morgenstern H, Beck J Problem drinking among older persons and emotional health. *J Am Geriat Soc* 1997; 45 (9): s28-s32
- 19 Liberto JG, Oslin DW Early versus late onset of alcoholism in the elderly. En: Gurnack AM, eds. *Older adult's misuse of alcohol, medicines, and other drugs: research and practice issues*. Nueva York: Springer, 1997; 94-112
- 20 Naranjo CA , Herrman N, Ozdemir V, Bremner KE. Abuse of prescription and licit psychoactive substances by the elderly. *Issues and recommendations. CNS Drugs*, 1995; 4(3): 207-221
- 21 Adams WL, Cox NS Epidemiology of problem drinking among elderly people. *Int J Addic* 1995; 30 (13-14): 1.693-1.716.
- 22 Van der Pol V, Rodgers H, Aitken P, James O, Curless R Does alcohol contribute to accident and emergency department attendance in elderly people? *J Accid Emerg Med* 1996; 13 (4): 258-260
- 23 Orgogozo JM, Dartigues JF, Lafont S, Letenneur L, Commenges D, Salamon R et al Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective study in the Bordeaux area. *Revue Neurologique* 1997; 153 (3): 185-192
- 24 Zohori N Recent patterns of alcohol consumption in the Russian elderly, 1992-1996. *Am J Clin Nutr* 1997; 66 (4): 810-814
- 25 American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: APA
- 26 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Decima revisión (CIE-10) 2003, OMS.
- 27 Jellinek, E. M., *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse, (New Haven), 1960.
- 28 OMS-Comité de Expertos en Salud Mental, Reporte núm. 48, Ginebra, OMS (OMS), 1952.
- 29 Conigrave KM, Saunders JB, Reznik RB. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol - related harm. *Addiction* 1995;90: 1479-1485.

-
- 30 Salzman C, Van der Kolk B, Shader RI Psychopharmacology and the geriatric patient. En: Shader RI (ed). Manual of psychiatric therapeutics. Boston: Little, Brown, 1975
- 31 James OFW Gastrointestinal and liver function in old age. Clin Gastroenterol 1983; 12: 671-691
- 32 Cuevas J, Torres MA, Rubio J Estudio descriptivo de los pacientes alcohólicos ingresados en una unidad de desintoxicación hospitalaria. Rev Esp Drogodepend 1994; 19 (4): 325-345
- 33 Lee TK, Huang ZS, Ng SK, Chan KW, Wang YS, Liu HW et al Impact of alcohol consumption and cigarette smoking on stroke among the elderly in Taiwan. Stroke 1995; 26(5): 790-794
- 34 Benson AB , Desch CE, Flynn PJ, et al. 2000 update of American Society of Clinical Oncology colorectal cancer surveillance guidelines. J Clin Oncol 2000;18 (20): 3586-8
- 35 Smith JW Medical manifestations of alcoholism in the elderly. Int J Addic 1995; 30 (13 y 14): 1.749-1.798
- 36 Lakhani N Alcohol use amongst community-dwelling elderly people: a review of the literature. J Advanc Nurs 1997; 25 (6): 1.227-1.232
- 37 Holroyd S, Currie L, Thompson-Heisterman A, Abraham I Descriptive study of elderly community-dwelling alcoholic patients in the rural south. Am J Geriat Psychiat 1997; 5 (3): 221-228
- 38 Glantz M Cognitive therapy with elderly alcoholics. En: Beresford T, Gomberg E, eds. Alcohol and aging. Nueva York: Oxford University Press, 1995; 211-229
- 39 Mariño MC, Berenzon Shohana, Medina-Mora MA. Síndrome de dependencia al alcohol: Comparación entre hombres y mujeres. Salud mental 2005; 28 (4): 33-39
- 40 Garza Rodríguez I. Estrés de la Vida, Consumo de Alcohol y Drogas Médicas en Adultos Mayores Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León, Tesis de maestría: Julio, 2006
- 41 Asociación Americana de Psiquiatría. DSMIV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Barcelona: Masson: 1995.
- 42 Dixon L, Hass G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Drug Abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. Am J Psychiatry 1999; 141-224-30
- 43 Lehmand AF, Myers CP, Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndrome. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 1019-25

-
- 44 Rubio G ¿Qué es la patología dual? Alteración de la conducta y abuso de sustancias. *Rev Esp Sanid Penit* 2000; 2: 74-6
- 45 Fernández JJ, Gutiérrez E, Marina PA. Alucinaciones clínicas en trastornos adictivos. Barcelona: Aula Médica Ediciones 2002. p. 421-73
- 46 Ávila Escribano JJ, Álvarez Nevares A. Tratamiento de los trastornos comórbidos en pacientes dependientes a opiáceos. *Monografías psiquiatr*, 1999; 4:31-8
- 47 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama*. 1990;264(19):2511–8
- 48 Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):313–318
- 49 Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004a;61(8):807–16.
- 50 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Huges M, Eshleman S, Wittchenhu A. Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51:8-19.
- 51 Helzer JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J. Stud. Alcohol*, 1988; 49: 219-224.
- 52 Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H. Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 1998; 2: 77-86.
- 53 Hoenicka J, Ponce G, Jiménez-Arriero MA, Ampuero I, Rodríguez-Jimenez R, Rubio G, Araqués S. Association in alcoholic patients between psychopathic traits and the additive effect of allelic forms of the CNR1 and FAAH endocannabinoid genes, and the 3' region of the DRD2 gene. *Neurotoxicity Research* 2007; VOL. 11(1); 51-59
- 54 Spar JE, La Rue A, Concise Guide to Geriatric Psychiatry, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, 1990,4-7
- 55 Lisi DM, Fink A, Moore AA, Beck JC Alcoholism in the elderly. *Arch Intern Med* 1997; 157 (2): 242-243.
- 56 Rapp SR, Parisi SA, Wtlsh DA. Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:851-855.

-
- 57 Small GW, Fawzy FI, Psychiatric consultation for the medically ill elderly in the general hospital: need for a collaborative model of care. *Psychosomatics* 1988; 29:94-103
- 58 Rovner BW, Kafonek S, Filipp L et al., Prevalence of mental illness in a community nursing home. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1446-1449
- 59 Senate Special Committee on Aging. *Aging America trends and projections*, Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1987-1988.
- 60 Ian Johnson. *Alcohol Problems in Old Age : A Review of Recent Epidemiological Research*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000; 15: 575-81
- 61 Late onset problem drinking in older adults. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1994; 9 (4):321-26
- 62 Depression, Alcoholism and ageing. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1999; 14 (11): 905-910
- 63 George S. Alexopoulos. Depression in the elderly. *The Lancet* 2005; 365: 1961-70
- 64 Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K: Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:807–816
- 65 Saucedo Martínez D, Mendieta Cabrera D, Vázquez García A, Salinas Martínez R. Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad. *Medicina Universitaria* 2005;7(28):123-7
- 66 Crawford V: Comorbidity of substance misuse and psychiatric disorders. *Current Opinion Psychiatry* 1996; 9:231-234.
- 67 Villamil Salcedo V, Valencia Collazos M, Díaz Martínez L, Medina-Mora ME, Juárez F. Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol *Salud Mental* agosto 2005; 28 (4): 40-45
- 68 Ponce H, Kunik ME, Molinari VA, Orengo C, Workman R, Reich L: Divalproex sodium treatment in elderly male bipolar patients. *J Geriatr Drug Ther* 1999; 12:55–63
- 69 Kenne DC. *Preventive cure for elderly people*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- 70 Rao VS, Cupples LA, Auerbach SA. Age at onset of AD is influenced by multiple genetic and non-genetic factors: the Mirage study. *Alzheimer Res* 1995; 1: 159-68.

-
- 71 Graves AB, Van Duijn CM, Chandra V, Fratiglioni L, Heyman A, et al. Alcohol and tobacco consumption as risk factor for AD: a collaborative re-analysis of case-control studies. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 48-57.
- 72 Peña Martínez J, Tardón García A, Menéndez de la Fuente I. Prevalencia de demencia en población mayor de 80 años en el municipio de Oviedo. *Psicothema* 2000; 12 (2):S431-437
- 73 Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Pública Mex* 2007; 49 (4):S467-S474.
- 74 Díaz Martínez Leonila. Comorbilidad psiquiátrica: Consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1993; 5: 34-38.
- 75 Díaz Martínez LR, Campillo Serrano C, Cerrud Sánchez J, Rosado Franco A, Hernández. Comparación de hábitos de vida en pacientes abstemios y bebedores. *Salud pública Méx*1990;32(6):685-92
- 76 Dvorak A. Screening for Alcohol misuse in older people. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1997; 12 (12): 1151-54
- 77 Comunicado de prensa 50/05. CONAPO 2005 en : <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/402005.pdf>
- 78 Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804
- 79 Saunders JB, Aasland OG. WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument (Geneva, World Health Organization), 1987.
- 80 American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, 2000.
- 81 Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastorno por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198:11-14
- 82 Medina-Mora E, Carreño S, De la Fuente JR. Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. *Recent Dev Alcohol* 1998;14: 383-396.
- 83 Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora I, et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 232-41.

84 Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (20):S22-33.

85 Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª ed. Barcelona: Ars Médica, 2004.

86 Gutiérrez Robledo LM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. La situación demográfica en México 2004. *CONAPO*; 26: 53-69.

87 Solís LR, Vélez A, Berymen 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 mental* 2000; 22 (3): 38-45