

Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor

Miguel Angel Mendoza-Meléndez,¹ Guilherme Luiz Borges Guimaraes,² Andrea Gallegos-Cari,³
José Ángel García Pacheco,² Norberto Francisco Hernández-Llanes,³ Rafael Camacho-Solís,⁴
María Elena Medina-Mora Icaza⁵

Artículo original

SUMMARY

Background

The use of alcohol, tobacco and other drugs have a significant impact on the daily lives of older adults. In order to study the relationship between substance use, health and care variables in older adults.

Method

Information was collected in a random sample of the registry users of the DF IAAM program; 2098 people agreed to participate and was interviewed in their homes, the response rate obtained was 83.9%.

Results and discussion

It was found that 13.1% receive aid in basic and instrumental activities of daily living, 81.4% perceived little social support, 82.2% perceived belonging to a dysfunctional family and 45.5% have been diagnosed with a chronic degenerative disease. Using odds ratios, it was shown that at-risk drinking and alcohol dependence increased the risk of chronic degenerative diseases, infectious and mental disorders and affects the need for support in basic and instrumental activities of daily living and perception of family dysfunction. Smoking increased risk of chronic degenerative and infectious diseases and also was associated with perceived health and family support. The use of any illegal or prescribed drugs was not significantly associated with care variables, but affect chronic degenerative diseases and mental disorders. The results of this study showed that use of alcohol, tobacco and other drugs affect the health and care of older adults in Mexico City, so it is urgent to address these problems in order to improve their quality of life.

Key words: Alcohol, smoking, drugs, older adults, care, health.

RESUMEN

Antecedentes

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas tiene repercusiones importantes en la vida diaria de los adultos mayores. Con el objeto de conocer la asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y variables de cuidado y salud en adultos mayores.

Método

Se recopiló información de una muestra aleatoria del padrón de usuarios del IAAM-DF. 2098 personas aceptaron participar y fueron entrevistadas en sus hogares, su tasa de respuesta fue de 83.9%.

Resultados y discusión

Se encontró que 13.1% requiere de ayuda en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; 81.4% percibe poco apoyo social; 82.2% señala pertenecer a una familia disfuncional, y a 45.5% le ha sido diagnosticada una enfermedad crónico-degenerativa.

Mediante razón de momios se determinó que el consumo riesgoso de alcohol y la dependencia de éste por adultos mayores incrementan en ellos el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas y trastornos mentales, e influyen en su necesidad de recibir apoyo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como en su percepción de disfunción familiar. El consumo de tabaco aumentó el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas, y se asocia con la percepción de salud y apoyo familiar.

La ingestión de alguna droga, ilegal o prescrita, no se asoció significativamente con variables de cuidado, pero sí impacta en la aparición de enfermedades crónico-degenerativas y de trastornos mentales. Los resultados muestran que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas influye en la salud y el cuidado de los adultos mayores en la Ciudad de México, por lo cual constituye una tarea urgente atender estas problemáticas para mejorar la calidad de vida de éstos.

Palabras clave: Alcohol, tabaco, drogas, adultos mayores, cuidado, salud.

¹ Dirección Ejecutiva de Investigación y Evaluación, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Facultad de Psicología, Área de Neurociencias, Universidad Nacional Autónoma de México. Área de Neurociencias, Departamento de Biología de la Reproducción, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

² Departamento de Modelos de Intervención. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

³ Dirección Ejecutiva de Investigación y Evaluación. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

⁴ Dirección General. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

⁵ Dirección General. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Miguel Angel Mendoza-Meléndez. Río Mixcoac #234, Tercer piso, Colonia Acacias, Delegación Benito Juárez, 03240 México, DF. Tel: 4631 - 3022. E-mail: mmendozam@df.gob.mx; miguelangelmag@hotmail.com

Recibido: 5 de marzo de 2014. Aceptado: 5 de septiembre de 2014.

ANTECEDENTES

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas por parte de adultos mayores es un problema poco abordado en México,¹ ya que las Encuestas Nacionales de Adicciones suelen incluir sólo a personas menores a 65 años.²⁻⁴ Recientemente, algunas encuestas generales de salud han abarcado este segmento de la población^{1,5} y ofrecen una información general al respecto: 23% de los adultos mayores del país consume alcohol y 2.8% presenta alcoholismo; 23% de ellos también consume tabaco.¹ Hasta hace muy poco tiempo,⁶ no se disponía de estimaciones respecto al consumo de drogas ilícitas, y por tanto fuera de prescripción por este grupo demográfico. Se sabe que el consumo crónico de alcohol⁷ y tabaco⁸ está asociado al desarrollo de diversas enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas,^{7,9-11} e incluso algunos trastornos mentales.^{12,13}

Las principales causas de mortalidad en adultos mayores son enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, condiciones cardíacas hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares, y neoplasias malignas.¹⁴ Asimismo, se ha reportado que 37.9% de los adultos mayores muestra síntomas depresivos¹⁵ u otros trastornos mentales.

La alta prevalencia de enfermedades entre ellos también provoca un elevado consumo de fármacos (polifarmacia), el que puede conducir a interacciones farmacológicas no deseadas, además de que la frecuencia e intensidad de efectos adversos es mayor.^{16,17} La presencia de estas enfermedades y condiciones no ocasiona una muerte inmediata en los miembros de la tercera edad, por lo que implica repercusiones en su funcionalidad física, mental, social y económica, y lleva incluso a algún tipo de discapacidad,¹⁸ al surgir necesidades que deben ser cubiertas por el entorno familiar y social, o bien por un cuidador profesional.¹⁶

El consumo de sustancias y sus consecuencias para la salud, agravarían el difícil panorama de salud que presentan los adultos mayores. Si se toma en cuenta que la población mexicana está envejeciendo, y actualmente en la Ciudad de México, 7% de la población son personas mayores de 65 años (500 000 personas aproximadamente) así como que este porcentaje se incrementará hasta 28% en 2050,¹⁹ es de vital importancia considerar que también aumentará la demanda de servicios al sistema de salud y la carga de las enfermedades.

Respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, éste también impacta en variables de su cuidado, como la necesidad de un cuidador; la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria,^{20,21} y la autopercepción de salud, apoyo social²² y familiar^{23,24} entre la población de adultos mayores. Cabe destacar que el apoyo percibido influye aún más que el apoyo recibido,²⁵ y se relaciona estrechamente con la salud física y mental.²⁶

Dado que se conoce poco sobre el impacto que tiene el consumo de sustancias legales e ilegales sobre las variables

del cuidado y la salud en adultos mayores, el objetivo de este trabajo consistió en evaluar si el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas estaba asociado con diversas variables de su cuidado, como la necesidad de cuidador, actividades básicas de la vida diaria, apoyo social y familiar percibido, percepción de salud y polifarmacia, y de su salud (reacciones adversas, enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades infecciosas y trastornos mentales), en una población representativa de adultos mayores miembros del programa de pensiones del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Distrito Federal (IAAM-DF).

MÉTODO

La población de este estudio estuvo formada por adultos mayores que hasta julio del 2012 vivían en el Distrito Federal y eran beneficiarios del programa de pensión alimentaria para ese sector de la población que implementaba el IAAM-DF (92.4% de toda la población de este grupo etario aproximadamente). La muestra seleccionada fue de 2501 adultos mayores de ambos sexos, residentes en alguna de las 16 Delegaciones de la Ciudad de México que formaban parte del padrón del IAAM-DF. Un total de 2098 aceptaron participar y fueron entrevistados en sus hogares, con una tasa de respuesta de 83.9%. Más detalles sobre la metodología y la muestra se pueden encontrar en un trabajo previo.⁶

Aspectos éticos

Se entrevistó a todos los individuos resultantes de este muestreo aleatorio simple después de haber leído (o de que les fue leída, cuando era necesario) una carta de consentimiento informado. Sólo quienes aceptaron participar fueron considerados para este estudio. En todo momento, se hizo énfasis en el carácter voluntario de su participación y en el manejo confidencial de la información.

Definición de variables principales

Para los fines de este estudio, y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA-2011), se definieron las siguientes variables relacionadas al:

Alcohol

- *Abstemio*: Quien nunca consumió alcohol alguna vez en la vida.
- *Bebedor*: Quien alguna vez en la vida consumió alcohol.
- *Bebedor actual*: Quien ha consumido alcohol en el último año.
- *Consumo riesgoso*: El consumo de cinco o más copas en hombres, y de cuatro o más en mujeres, al menos una vez al año, durante los últimos 12 meses.

- *Abuso o dependencia del alcohol*: Definidos conforme a los criterios de clasificación del DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).²⁷

Tabaco

- *Consumidor de tabaco*: quien alguna vez en la vida consumió tabaco.
- *Consumidor de 100 o más cigarros*: quien alguna vez en la vida consumió más de 100 cigarros, es decir, cinco cajetillas.
- *Fumador activo*: Aquella persona que fumó por lo menos una vez al año en los últimos 12 meses.

Drogas

- *Drogas médicas fuera de prescripción*: Incluye el consumo de opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos, anfetaminas y estimulantes sin receta, o en forma diferente a lo indicado por un médico (en mayor cantidad, por más tiempo o debido a cualquier otra situación diferente de la indicada).
- *Drogas ilícitas*: Incluye el consumo de marihuana, *hashish*, cocaína, *crack*, alucinógenos, inhalables, heroína, opio, estimulantes tipo anfetamínico y otras drogas.
- *Drogas*: Considérese aquí el consumo de drogas médicas o ilícitas.

Evaluación del cuidado y de la salud

El cuestionario identifica si el entrevistado necesita apoyo de un cuidador, y si lo tiene, en cuál tipo de actividades dicho cuidador ofrece su apoyo: si es en actividades básicas o en actividades instrumentales (ABIVD). Por actividades básicas de la vida se entienden aquéllas que implican ayudar al adulto mayor a comer, a trasladarse, a bañarse, a ir al sanitario, entre otras; mientras que las actividades instrumentales se refieren al apoyo que ofrece el cuidador para la administración de dinero, la compra de medicamentos, las labores del hogar, la realización de llamadas telefónicas o el salir de casa. La encuesta permite medir también, tanto el apoyo familiar percibido (AFP), como el apoyo social percibido (ASP) bajo los instrumentos del APGAR¹⁸ y del DUKE-UNC,^{22,28} respectivamente.

Con respecto al estado de salud, el cuestionario considera bajo el concepto de Polifarmacia (PF) el consumo de más de tres medicamentos diferentes al día. Asimismo, identifica si el uso de estos fármacos produjo o no una reacción adversa (RAM). Por último, el adulto mayor informa si alguna vez había sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades, las cuales, para los fines de este trabajo, se catalogaron de la siguiente manera:

- TCM - Trastornos mentales y del comportamiento: incluyen trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión y Alzheimer.

- ECD - Enfermedades crónico-degenerativas que incluyen, entre otras, la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, la disfunción eréctil, la osteoporosis, la esclerosis lateral amiotrófica, la úlcera duodenal, la ceguera, las cataratas, el glaucoma, el cáncer de mama, el cáncer de próstata, el cáncer gástrico y el cáncer de vejiga.
- EIR - Enfermedades infecciosas-respiratorias que son la neumonía, la influenza, el resfriado común, la otitis media y el virus del papiloma humano.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con el programa STATA, versión 12. Se reportaron prevalencias en cuanto al consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses, desglosado por variables de cuidado y de salud. Como medida de asociación se utilizó la razón de momios (*odds ratio*). Todas estas estimaciones se ajustaron por sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso, seguro social y región del Distrito Federal en la que vive el adulto mayor.

RESULTADOS

La distribución de participantes, por sexo y por variables demográficas, se encuentra en el cuadro 1 casi dos terceras partes de la muestra la conformaron mujeres, 66.2% de las cuales tenía entre 69-79 años. Un poco menos de la mitad se hallaba casado o en unión libre, y 41.3% tenía estudios de primaria incompletos o menos. Como se puede observar, se trata de una población de escasos recursos económicos, y un poco más del 70% recibe dos salarios mínimos o menos, aunque 80.9% tiene algún tipo de seguro médico.

El 84.6% reportó no necesitar un cuidador. El 13.1% de los encuestados recibe algún tipo de ayuda en sus actividades básicas e instrumentales de la vida. Los adultos mayores consideran en su mayoría que no tienen apoyo social (81.4%), si bien consideran poseer un alto apoyo familiar percibido (82.2%). Poco más de un tercio de los entrevistados (35.2%) llega a consumir más de tres fármacos diferentes al día, y sólo un 3.0% ha respondido que sí ha tenido alguna reacción adversa a un medicamento alguna vez en su vida. El 23.7% reporta una salud "excelente", y el 10.8% considera que alguna vez en la vida un médico le ha diagnosticado algún trastorno mental y del comportamiento; 45.8% padece una enfermedad crónico-degenerativa, y 26.5%, alguna enfermedad infecto-contagiosa.

El cuadro 2 presenta prevalencias de uso de sustancias alguna vez en la vida y durante los últimos 12 meses, según variables de tipo de cuidado y de salud. Por ejemplo, entre aquellas personas que no consumieron alcohol alguna vez en la vida, 18.1% necesitó de un cuidador, mientras que quienes sí lo consumieron, el 13.8%, sí lo necesitaron. Una forma de

Cuadro 1. Descriptivos sociodemográficos y de salud de la muestra por sexo, encuesta del Uso de Sustancias en Adultos Mayores del Distrito Federal (USAMDF-2012), n=2098

	Masculino (n=799)	Femenino (n=1299)	Total (n=2098)		
Sexo	38.1	61.9	100.0		
Grupo de edad				$\chi_2(1)=2.93$	Pr=0.087
• Tercera edad	68.5	64.8	66.2		
• Cuarta edad	31.5	35.2	33.8		
Estado civil				$\chi_2(1)=302.63$	Pr=0.000
• Otro	32.0	70.9	56.1		
• Casado/unido	68.0	29.1	43.9		
Grado escolar				$\chi_2(2)=40.20$	Pr=0.000
• Primaria incompleta o menos	35.5	45.0	41.3		
• Primaria o secundaria (completa o incompleta)	37.6	39.3	38.7		
• Preparatoria o más	26.9	15.7	20.0		
Ingresos				$\chi_2(3)=40.87$	Pr=0.000
• Igual o menos de un SM	36.2	48.9	44.0		
• 2 SM	30.2	26.5	27.9		
• De 2 a 4 SM	19.0	16.6	17.5		
• Más de 4 SM	14.5	8.0	10.5		
Seguro				$\chi_2(1)=26.91$	Pr=0.000
• No	13.4	22.7	19.1		
• Sí	86.6	77.3	80.9		
Región				$\chi_2(3)=3.21$	Pr=0.360
• Norte	29.2	28.7	28.9		
• Oriente	38.2	37.0	37.4		
• Poniente	18.3	21.3	20.2		
• Sur	14.4	13.0	13.5		
Necesita cuidador				$\chi_2(1)=10.02$	Pr=0.002
• No	87.9	82.6	84.6		
• Sí	12.1	17.4	15.4		
Tipo de cuidado brindado (TCB)				$\chi_2(1)=2.96$	Pr=0.086
• No recibe cuidado	88.6	85.9	86.9		
• Actividades básicas o instrumentales*	11.5	14.1	13.1		
Apoyo social percibido** (ASP)				$\chi_2(1)=1.12$	Pr=0.289
• No apoyo	82.6	80.7	81.4		
• Apoyo	17.4	19.3	18.6		
Apoyo familiar percibido*** (AFP)				$\chi_2(1)=0.18$	Pr=0.675
• No disfuncional	82.6	81.9	82.2		
• Disfuncional	17.4	18.1	17.8		
Consumo de más de tres medicamentos diferentes al día (PF)				$\chi_2(1)=16.43$	Pr=0.000
• No	70.2	61.5	64.8		
• Sí	29.8	38.5	35.2		
Reacciones adversas al medicamento (RAM)				$\chi_2(1)=6.51$	Pr=0.011
• No	98.2	96.3	97.0		
• Si	1.8	3.7	3.0		
Percepción de la salud				$\chi_2(2)=14.10$	Pr=0.001
• Excelente	26.5	22.0	23.7		
• Muy buena	63.3	62.4	62.7		
• Buena	10.3	15.7	13.6		

Cuadro 1. Continuación

	Masculino (n=799)	Femenino (n=1299)	Total (n=2098)		
Trastornos mentales y del comportamiento (TMC)				$\chi^2(1)=19.42$	Pr=0.000
• No	93.0	86.8	89.2		
• Sí	7.0	13.2	10.8		
Enfermedades crónico-degenerativas (ECD)				$\chi^2(1)=17.22$	Pr=0.000
• No	59.9	50.7	54.2		
• Sí	40.1	49.3	45.8		
Enfermedades infecciosas/respiratorias (EIR)				$\chi^2(1)=0.39$	Pr=0.533
• No	74.2	73.0	73.5		
• Sí	25.8	27.0	26.5		

Las regiones están catalogadas al Norte por Azcapotzalco, Cuauhtémoc y Gustavo A. Madero; al Oriente por Coyoacán, Iztacalco e Iztapalapa; al Poniente por Álvaro Obregón, Benito Juárez, Cuajimalpa, Magdalena Contreras y Miguel Hidalgo; y al Sur por Milpa Alta, Tlahuac, Tlalpan y Xochimilco. SM: Salario mínimo.

* Actividades básicas son, por ejemplo, comer solo, vestirse, bañarse, ir al baño o trasladarse; y actividades instrumentales, por ejemplo, hacer las labores de la casa, manejar el dinero, administrarse sus medicamentos, ir de compras, hablar por teléfono o salir de casa.

** Apoyo familiar percibido se basa en el instrumento del APGAR diseñada por Smikstein.

*** Se basa en el instrumento de medición de DUKE-UNC.

Los trastornos mentales y del comportamiento incluyen: trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión y Alzheimer.

Las enfermedades crónico-degenerativas incluyen: diabetes mellitus, síndrome metabólico, disfunción eréctil, osteoporosis, esclerosis lateral amiotrófica, úlcera duodenal, ceguera, cataratas, glaucoma, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer gástrico y cáncer de vejiga.

Las enfermedades infecciosas-respiratorias incluyen: neumonía, influenza, resfriado común, otitis media y virus del papiloma humano.

revisar este cuadro es leerlo en forma horizontal, es decir, para una misma variable, como, por ejemplo: en el consumo riesgoso anual de alcohol, se puede observar que el mayor impacto se genera al incrementar el cuidado del adulto mayor en actividades básicas-instrumentales (TCB), percepción de la disfuncionalidad familiar (AFP), cuando ha sido diagnosticado por un médico alguna vez en la vida con ECD o EIR.

Mas, como se señala, también puede efectuarse una lectura en orden vertical, y así analizar cuáles sustancias afectan prioritariamente un problema. Por ejemplo, se observa que la prevalencia de EIR es mayor cuando los sujetos reportan abuso o dependencia del alcohol en los últimos 12 meses (38.5%). El reporte de ECD muestra un ápice en la prevalencia entre aquellas personas que reportaron consumo de drogas en el último año (63.6%).

El cuadro 3 muestra las razones de momios de variables de cuidado del adulto mayor asociadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas, ya fuese alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses. El consumo de alcohol alguna vez en la vida sólo se asoció en forma significativa con PF (OR=1.26, IC95%=1.01-1.57). Para el consumo de alcohol, las asociaciones más significativas y firmes se encuentran en un consumo mayor o crónico (abuso y dependencia). El consumo excesivo de tabaco (más de 100 cigarrillos alguna vez en la vida) se asoció con AFP (OR=1.45, IC95%=1.09-1.91) y también con una percepción buena de la salud (OR=1.31, IC95%=1.01-1.71). Por su parte, el consumo de drogas alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses incrementó las razones de momios en varias ocasiones, pero ninguna de manera estadísticamente significativa.

Por último, el cuadro 4 señala las razones de momios de variables de la salud del adulto mayor asociadas al consumo

de alcohol, de tabaco y de drogas alguna vez en la vida y en el último año. En forma general, se puede observar que este cuadro muestra relaciones más consistentes entre el consumo de sustancias y los incrementos en problemas de salud, los cuales no sólo son mayores que los descritos en el cuadro anterior, sino más fuertes, con intervalos de confianza que no incluyen en muchas ocasiones el valor nulo.

El consumo excesivo de alcohol y drogas se encontró especialmente relacionado con TMC (que incluye el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la depresión y el Alzheimer), mientras que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se relacionó muy especialmente con el ECD (que incluye la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, la disfunción eréctil, la osteoporosis, la esclerosis lateral amiotrófica, la úlcera duodenal, la ceguera, las cataratas, el glaucoma, el cáncer de mama, el de próstata, el gástrico y el de vejiga). Asimismo, el consumo de alcohol y tabaco se asoció con EIR [que incluye neumonía, influenza, resfriado común, otitis media y virus del papiloma humano (VPH)].

DISCUSIÓN

Consumo de sustancias y variables de cuidado

Entre las variables de cuidado se encuentran: la necesidad de cuidador, las actividades básicas y las instrumentales de la vida diaria (ABIVD), el apoyo familiar y social percibido, la percepción de salud y la polifarmacia. Las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABIVD)^{20,21} se han relacionado con el estado de salud,²⁹ y pueden ser un predictor de mortalidad.³⁰

Cuadro 2. Prevalencia de variables de cuidado y salud respecto a consumo de alcohol, tabaco y drogas, alguna vez en la vida y 12 meses en adultos mayores del Distrito Federal

	Necesita cuidador	TCB	ASP	AFP	Percepción de la salud		PF	RAM	TMC	ECD	EIR
	Sí	Act. básicas o instrumentales*	Apoyo	Disfun- cional	Buena	Mala	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Consumo de alcohol alguna vez											
• No	18.1	13.7	21.2	18.3	61.2	14.5	34.2	2.7	11.8	42.4	21.5
• Sí	13.8	12.5	17.2	17.6	63.5	13.2	35.7	3.1	10.3	47.6	29.2
Consumo riesgoso alguna vez en la vida											
• No	16.5	11.4	19.3	17.0	61.3	14.8	34.9	3.0	11.1	45.1	25.5
• Sí	12.1	16.9	16.5	20.2	66.5	10.5	35.9	2.8	10.2	47.8	29.3
Abuso o dependencia de alcohol alguna vez en la vida											
• No	15.3	12.7	17.8	17.5	62.0	13.5	35.5	3.0	10.6	45.4	26.4
• Sí	15.1	14.9	26.1	20.7	70.2	14.6	31.4	2.1	13.3	50.0	28.2
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses											
• No	17.0	13.2	20.5	18.5	61.6	15.4	35.5	2.8	11.8	45.2	23.9
• Sí	11.8	12.3	14.6	16.5	65.0	9.8	34.6	3.2	8.9	47.1	32.1
Consumo riesgoso anual											
• No	16.3	11.4	19.0	17.1	61.4	14.5	36.2	2.9	10.9	45.0	26.0
• Sí	10.2	20.8	16.0	21.6	69.8	9.0	29.9	3.0	10.6	49.8	29.6
Abuso o dependencia de alcohol en los últimos 12 meses											
• No	15.3	12.8	18.4	17.7	62.7	13.5	35.1	3.0	10.6	45.8	26.4
• Sí	16.7	19.2	30.8	30.8	65.4	19.2	42.3	0.0	26.9	46.2	38.5
Consumo de tabaco alguna vez en la vida											
• No	16.5	13.4	18.0	16.3	61.9	14.0	34.6	3.5	12.2	44.2	24.1
• Sí	13.8	12.3	19.3	19.6	63.7	13.1	35.8	2.3	9.1	47.8	29.5
Consumo de 100 cigarros o más alguna vez en la vida											
• No	16.3	13.2	18.8	17.2	61.3	14.4	35.2	3.4	11.0	43.8	25.0
• Sí	13.0	12.3	18.1	19.5	66.1	11.8	35.1	1.8	10.5	50.7	30.3
Consumo de tabaco en los últimos 12 meses											
• No	16.2	13.7	19.0	17.7	62.4	14.1	35.8	3.2	11.3	46.3	26.5
• Sí	6.4	5.0	14.6	19.0	65.3	9.5	29.1	1.0	6.5	41.2	27.1
Cualquier droga alguna vez en la vida											
• No	15.3	12.7	18.3	17.6	62.6	13.6	35.0	3.0	10.5	45.4	26.5
• Sí	15.7	17.6	27.0	24.7	65.7	12.9	39.2	2.7	18.9	56.8	28.4
Cualquier droga en los últimos 12 meses											
• No	15.3	12.9	18.4	17.8	62.9	13.5	35.0	2.9	10.6	45.6	26.6
• Sí	13.6	13.6	31.8	18.2	45.5	27.3	50.0	9.1	27.3	63.6	18.2

TCB - Tipo de cuidado brindado por el cuidador al adulto mayor: Actividades básicas son, por ejemplo, comer solo, vestirse, bañarse, ir al baño o trasladarse; y actividades instrumentales, por ejemplo, hacer las labores de la casa, manejar el dinero, administrarse sus medicamentos, ir de compras, hablar por teléfono o salir de casa.

AFP - Apoyo familiar percibido. Se basa en el instrumento del APGAR diseñada por Smikstein.

ASP - Apoyo social percibido. Se basa en el instrumento de medición de DUKE-UNC.

PF - Polifarmacia. Consumo de más de tres medicamentos diferentes al día.

RAM - Reacción adversa al medicamento.

TMC - Trastornos mentales y del comportamiento incluyen: trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión y Alzheimer.

ECD - Enfermedades crónico-degenerativas incluyen: diabetes mellitus, síndrome metabólico, disfunción eréctil, osteoporosis, esclerosis lateral amiotrófica, úlcera duodenal, ceguera, cataratas, glaucoma, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de gástrico y cáncer de vejiga.

EIR - Enfermedades infecciosas-respiratorias incluyen: neumonía, influenza, resfriado común, otitis media y virus del papiloma humano.

Cuadro 3. Razones de momios de variables de cuidado del adulto mayor asociadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, controlado por variables sociodemográficas en adultos mayores del Distrito Federal

	Necesita cuidador		TCB		AFP		ASP		Percepción de la salud			PF	
	No	Sí	No recibe ayuda	Act. básicas o instrumentales*	No disfuncional	Disfuncional	No apoyo	Apoyo	Excelente	Buena	Mala	No	Sí
Consumo de alcohol alguna vez													
• RM	1.00	0.75	1.00	0.86	1.00	1.22	1.00	0.88	1.00	1.16	1.17	1.00	1.26*
• IC95%	–	(0.55-1.01)	–	(0.63-1.19)	–	(0.92-1.62)	–	(0.67-1.16)	–	(0.90-1.51)	(0.81-1.69)	–	(1.01-1.57)
Consumo riesgoso alguna vez en la vida													
• RM	1.00	0.73	1.00	1.95*	1.00	1.54*	1.00	0.96	1.00	1.18	0.92	1.00	1.12
• IC95%	–	(0.52-1.03)	–	(1.41-2.68)	–	(1.17-2.04)	–	(0.72-1.28)	–	(0.91-1.54)	(0.62-1.36)	–	(0.89-1.40)
Abuso o dependencia de alcohol alguna vez en la vida													
• RM	1.00	1.21	1.00	1.37	1.00	1.47	1.00	1.90*	1.00	1.99*	2.35*	1.00	1.07
• IC95%	–	(0.71-2.08)	–	(0.82-2.30)	–	(0.96-2.26)	–	(1.25-2.88)	–	(1.23-3.21)	(1.24-4.46)	–	(0.74-1.55)
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses													
• RM	1.00	0.70*	1.00	1.00	1.00	1.10	1.00	0.80	1.00	1.01	0.67*	1.00	0.99
• IC95%	–	(0.50-0.96)	–	(0.73-1.39)	–	(0.84-1.45)	–	(0.61-1.06)	–	(0.79-1.30)	(0.46-0.99)	–	(0.80-1.23)
Consumo riesgoso anual													
• RM	1.00	0.58*	1.00	2.75*	1.00	1.59*	1.00	0.90	1.00	1.38*	0.96	1.00	0.79
• IC95%	–	(0.37-0.91)	–	(1.92-3.94)	–	(1.15-2.20)	–	(0.63-1.28)	–	(1.00-1.92)	(0.58-1.59)	–	(0.60-1.05)
Abuso o dependencia de alcohol en los últimos 12 meses													
• RM	1.00	1.39	1.00	1.66	1.00	2.77*	1.00	1.72	1.00	1.40	2.79	1.00	1.54
• IC95%	–	(0.38-5.12)	–	(0.52-5.32)	–	(1.11-6.90)	–	(0.65-4.55)	–	(0.45-4.35)	(0.71-10.96)	–	(0.64-3.67)
Consumo de tabaco alguna vez en la vida													
• RM	1.00	1.06	1.00	1.08	1.00	1.67*	1.00	1.29	1.00	1.17	1.38	1.00	1.24*
• IC95%	–	(0.79-1.44)	–	(0.79-1.48)	–	(1.28-2.19)	–	(0.99-1.68)	–	(0.92-1.51)	(0.97-1.97)	–	(1.01-1.54)
Consumo de 100 cigarros o más alguna vez en la vida													
• RM	1.00	0.94	1.00	1.13	1.00	1.45*	1.00	1.08	1.00	1.31*	1.25	1.00	1.11
• IC95%	–	(0.67-1.31)	–	(0.81-1.59)	–	(1.09-1.91)	–	(0.82-1.44)	–	(1.01-1.71)	(0.85-1.84)	–	(0.89-1.39)
Consumo de tabaco en los últimos 12 meses													
• RM	1.00	0.55	1.00	0.48*	1.00	1.16	1.00	0.70	1.00	1.03	0.89	1.00	0.79
• IC95%	–	(0.30-1.03)	–	(0.24-0.93)	–	(0.77-1.73)	–	(0.44-1.09)	–	(0.71-1.50)	(0.49-1.60)	–	(0.56-1.11)
Cualquier droga alguna vez en la vida													
• RM	1.00	1.09	1.00	1.18	1.00	1.60	1.00	1.59	1.00	1.33	1.15	1.00	1.30
• IC95%	–	(0.52-2.31)	–	(0.56-2.50)	–	(0.88-2.91)	–	(0.88-2.89)	–	(0.70-2.52)	(0.45-2.98)	–	(0.78-2.18)
Cualquier droga en los últimos 12 meses													
• RM	1.00	0.66	1.00	0.87	1.00	0.98	1.00	2.10	1.00	0.65	1.61	1.00	2.24
• IC95%	–	(0.15-2.97)	–	(0.19-3.94)	–	(0.32-3.00)	–	(0.81-5.45)	–	(0.23-1.83)	(0.47-5.51)	–	(0.91-5.49)

TCB - Tipo de cuidado brindado por el cuidador al adulto mayor: Actividades básicas son, por ejemplo, comer solo, vestirse, bañarse, ir al baño o trasladarse; y actividades instrumentales, por ejemplo, hacer las labores de la casa, manejar el dinero, administrarse sus medicamentos, ir de compras, hablar por teléfono o salir de casa. AFP - Apoyo familiar percibido. Se basa en el instrumento del APGAR diseñada por Smilkstein. ASP - Apoyo social percibido. Se basa en el instrumento de medición de DUKE-UNC. PF - Polifarmacia. Consumo de más de tres diferentes medicamentos al día.

*Asociación significativa.

Cuadro 4. Razones de momios de variables de salud del adulto mayor asociadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, controlado por variables sociodemográficas en adultos mayores del Distrito Federal

	RAM		TMC		ECD		EIR	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Consumo de alcohol alguna vez								
• RM	1.00	1.46	1.00	1.23	1.00	1.43*	1.00	1.51*
• IC95%	–	(0.78-2.73)	–	(0.88-1.71)	–	(1.16-1.78)	–	(1.18-1.93)
Consumo riesgoso alguna vez en la vida								
• RM	1.00	1.30	1.00	1.14	1.00	1.28*	1.00	1.28*
• IC95%	–	(0.69-2.47)	–	(0.80-1.62)	–	(1.03-1.59)	–	(1.01-1.63)
Abuso o dependencia de alcohol alguna vez en la vida								
• RM	1.00	0.82	1.00	2.23*	1.00	1.66*	1.00	1.39
• IC95%	–	(0.23-2.90)	–	(1.28-3.89)	–	(1.18-2.35)	–	(0.95-2.04)
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses								
• RM	1.00	1.55	1.00	0.84	1.00	1.14	1.00	1.36*
• IC95%	–	(0.86-2.78)	–	(0.60-1.19)	–	(0.93-1.39)	–	(1.09-1.70)
Consumo riesgoso anual								
• RM	1.00	1.62	1.00	1.24	1.00	1.42*	1.00	1.30
• IC95%	–	(0.77-3.39)	–	(0.81-1.91)	–	(1.09-1.83)	–	(0.98-1.73)
Abuso o dependencia de alcohol en los últimos 12 meses								
• RM	1.00	1.00	1.00	4.13*	1.00	1.11	1.00	2.20
• IC95%	–	(1.00-1.00)	–	(1.43-11.95)	–	(0.48-2.59)	–	(0.92-5.28)
Consumo de tabaco alguna vez en la vida								
• RM	1.00	0.90	1.00	0.92	1.00	1.45*	1.00	1.40*
• IC95%	–	(0.49-1.65)	–	(0.66-1.27)	–	(1.18-1.78)	–	(1.12-1.76)
Consumo de 100 cigarros o más alguna vez en la vida								
• RM	1.00	0.67	1.00	1.26	1.00	1.69*	1.00	1.34*
• IC95%	–	(0.32-1.41)	–	(0.89-1.79)	–	(1.36-2.10)	–	(1.05-1.70)
Consumo de tabaco en los últimos 12 meses								
• RM	1.00	0.44	1.00	0.63	1.00	0.94	1.00	0.94
• IC95%	–	(0.10-1.87)	–	(0.34-1.17)	–	(0.69-1.29)	–	(0.66-1.34)
Cualquier droga alguna vez en la vida								
• RM	1.00	1.12	1.00	2.75*	1.00	1.67*	1.00	1.16
• IC95%	–	(0.26-4.76)	–	(1.47-5.16)	–	(1.01-2.76)	–	(0.66-2.01)
Cualquier droga en los últimos 12 meses								
• RM	1.00	4.31	1.00	3.46*	1.00	2.55*	1.00	0.67
• IC95%	–	(0.92-20.18)	–	(1.29-9.29)	–	(1.00-6.47)	–	(0.22-2.01)

RAM - Reacción adversa al medicamento.

TMC - Trastornos mentales y del comportamiento incluyen: trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión y Alzheimer.

ECD - Enfermedades crónico-degenerativas incluyen: diabetes mellitus, síndrome metabólico, disfunción eréctil, osteoporosis, esclerosis lateral amiotrófica, úlcera duodenal, ceguera, cataratas, glaucoma, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer gástrico y cáncer de vejiga.

EIR - Enfermedades infecciosas-respiratorias incluyen: neumonía, influenza, resfriado común, otitis media y virus de papiloma humano.

RM - Razón de momios.

*Asociación significativa.

En este estudio se encontró que el consumo riesgoso de alcohol alguna vez en la vida y en el último año se relacionó con mayor riesgo de requerir ayuda en las ABIVD. La relación entre la funcionalidad y el consumo de alcohol es controversial,⁹ ya que existen estudios donde la disminución de la funcionalidad está asociada al consumo de alcohol; sin embargo, una vez ajustado por otras variables demográficas, ese indicador pierde significancia estadística.³¹ Se ha reporta-

do que el consumo de alcohol se asocia con la disminución de la movilidad,³² e inclusive se ha afirmado que el consumo bajo o moderado de alcohol es un factor protector de la disminución funcional, en comparación con abstemios; no obstante, este efecto sólo se observa en un rango de edad de 50 a 64 años y pierde importancia en mayores de 65 años.¹⁰

Por otra parte, en adultos mayores se ha observado una alta frecuencia de polifarmacia y en el consumo de bebidas

alcohólicas,^{11,33,34} lo cual, sumado a la disminuida función renal natural del envejecimiento,¹⁷ entraña diversos peligros como mayores efectos adversos, entre ellos, la interacción entre fármacos, la disminución en la calidad de vida, el deterioro cognitivo y los gastos innecesarios.^{16,17,34} Posiblemente hay algunas personas que consumen alcohol para disminuir los efectos adversos de los fármacos; sin embargo, también la polifarmacia podría ser resultado del tratamiento para disminuir los efectos adversos, así como de enfermedades producidas por el consumo de alcohol.

Adicionalmente, el consumo de tabaco alguna vez en la vida se relacionó con un mayor riesgo de polifarmacia, esto es similar a lo obtenido por otro estudio con adultos mayores,³⁵ en el cual el ser ex-fumador está relacionado con el número de medicamentos consumidos.

El consumo de alcohol (moderado y riesgoso) en los últimos 12 meses se asocia, al parecer con un menor riesgo de necesitar un cuidador y de tener mala salud. Contrariamente a lo reportado en la bibliografía,³⁶ se observa una asociación entre percepción de buena salud y un consumo anual riesgoso. Sin embargo, resulta conveniente abordar estos datos con cautela, pues la dependencia del alcohol alguna vez en la vida ha sido relacionada con una contradictoria percepción, a la vez de buena y de mala salud.

Resulta importante destacar que la percepción de salud se refiere al autorreporte dado por el adulto mayor, pero que puede no estar relacionado con el estado de salud real. La percepción de salud (buena o mala) también depende de otros factores como qué tan satisfechos se sienten con su vida, factores económicos y sociales.³⁷

Por otra parte, el consumo de más de 100 cigarros en la vida se relacionó con percepción de buena salud, probablemente debido a que muchos de los entrevistados eran ex-fumadores y presentaban una mejor condición, ya que los adultos mayores fumadores mencionan una salud deficiente.³⁸ Asimismo, fumar afecta las ABIVD y conlleva un mayor riesgo de reducir en la tercera edad las habilidades funcionales.³⁹

No obstante, en nuestro estudio el consumo de tabaco durante el último año se relacionó con una disminución para requerir ayuda en las ABIVD, lo cual probablemente fue originado porque los adultos mayores percibían la disfunción, pero manifestaban lo contrario; sin embargo, se requiere una mayor investigación acerca de este resultado.

La familia es una de las primeras redes sociales de apoyo para el adulto mayor. La escala de calificación APGAR familiar²³ cuenta con confiabilidad y validez de constructo en la población mexicana,²⁴ y se encontró que el consumo de alcohol (riesgoso alguna vez en la vida y anual, abuso o dependencia en el último año) se asocia con la percepción de tener una familia disfuncional. Estudios previos han reportado sobre una relación entre dependencia alcohólica y disfunción familiar.⁴⁰

En el caso del tabaco, 17.8% de las personas que han consumido éste (alguna vez o más de 100 cigarros en la vida)

presentaban mayor riesgo de disfuncionalidad familiar. Estos resultados son consistentes con los encontrados⁴¹ en pacientes fumadores adultos mayores que padecen EPOC, en los cuales la disfunción familiar percibida es de 20.3%. Aunque en algunos estudios^{40,42} la dinámica familiar no suele estar alterada significativamente, es posible que el paciente no perciba conscientemente la disfunción de su medio familiar, y por tanto no la exprese, o que percibe la disfunción pero acomode sus respuestas a lo que cree que se espera de él. Sería interesante contrastar la percepción familiar que tienen los otros miembros de la familia.

El abuso o dependencia de alcohol alguna vez en la vida se relacionó con mayor apoyo social percibido medido con el Cuestionario de Apoyo Social Percibido Duke-UNC,²⁸ éste cuenta con validez en su versión en español.^{22,43} En adultos mayores, se sabe que el aislamiento social y la percepción de falta de apoyo social son factores de riesgo para la salud física y mental.²⁶ Anteriormente, se reportó que 19.3% de personas que percibían poco apoyo social presentaba un historial de consumo problemático de alcohol.⁴⁴ El apoyo social involucra todas las redes sociales con las cuales interactúa el individuo, y podría incluir amigos, familiares, compañeros de trabajo e incluso personas que compartan el consumo de alcohol, por lo que el alto apoyo social percibido encontrado en nuestro estudio tendría que analizarse a mayor profundidad para ahondar en la causalidad de este hecho, dado que no existen muchos estudios al respecto.^{43,44}

Consumo de sustancias y variables de salud

De acuerdo con este estudio, el consumo de alcohol alguna vez en la vida, en las modalidades de riesgo, abuso y dependencia, se relaciona con un mayor riesgo de presentar ECD, entre las que se incluyen la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, la disfunción eréctil, la osteoporosis, la esclerosis lateral amiotrófica, la úlcera duodenal, la ceguera, las cataratas, el glaucoma y diversos cánceres.

La morbilidad y la carga de enfermedad relacionada con el alcohol se han reportado ampliamente.^{7,45,46} También se ha descrito la relación entre consumo de alcohol y alteraciones en el sistema cardiovascular, como cardiomiopatías, aumento de presión arterial y colesterol LDL,⁴⁷ cáncer,^{46,48} diabetes,⁴⁹ y daño hepático, y nuestro estudio en población adulta mayor lo confirma.

Haber fumado alguna vez, o en más ocasiones 100 cigarros en la vida también se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar ECD. El consumo de tabaco se ha relacionado con un mayor riesgo de contraer diabetes, al inducir la resistencia a la insulina,⁵⁰ y con el síndrome metabólico,⁵¹ la disfunción eréctil,⁵² y más de 20 tipos de cáncer, en regiones como el pulmón, la cavidad oral, la laringe, el esófago, el estómago, el riñón, la vesícula, el páncreas y el cérvix,^{53,54} además de otros padecimientos.

Respecto al consumo de alcohol, éste tiene un impacto negativo sobre las EIR,⁵⁵ el VIH⁵⁶ y la neumonía.⁵⁷ De hecho, su consumo riesgoso podría afectar severamente al sistema inmune, ya que produce alteraciones funcionales en células T; reducción de CD3+, CD4+ y CD8+, de linfocitos B, células NK y macrófagos.⁵⁸

En concordancia con este estudio, el consumo de alcohol (alguna vez en la vida, riesgoso alguna vez en la vida, o anual) se relacionó con un mayor riesgo de EIR, como la neumonía, la influenza, el resfriado común, la otitis y el VPH, aunque para determinar en adultos mayores los mecanismos causales se requiere de una mayor investigación, pues el sistema inmunológico de los adultos mayores tiende naturalmente a declinar; empero, esta declinación no se debe solamente a la edad, sino también a otros factores asociados.⁵⁹

El consumo de tabaco alguna vez, o más de 100 cigarros alguna vez en la vida, también se relacionó con el desarrollo de EIR. Este resultado es afín con lo reportado previamente, que identifica el fumar tabaco como el mayor factor etiológico para el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, del asma, de la neumonía y la tuberculosis,⁶⁰ así como con el riesgo de cáncer cérvico-uterino⁶¹ asociado al VPH. Pero el fumar también tiene repercusiones en el sistema inmune, pues la nicotina tiene un efecto inmunosupresor, al incrementar los leucocitos y disminuir las inmunoglobulinas.⁶²

Al consumo del alcohol (abuso o dependencia alguna vez en la vida o anual) se le ha relacionado también con un mayor riesgo de TMC, los cuales incluyen el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la depresión y el Alzheimer. Aproximadamente el 25% de los adultos mayores de 65 años que presentan demencia, y el 20% de aquellos que tienen un diagnóstico de depresión, presentan un trastorno relacionado con el alcohol.⁴⁶

El 37.9% de los adultos mayores en México mostró síntomas depresivos,¹⁵ y presentó mayor dependencia en las AIVD. Se observó que en algunos estudios el consumo moderado de vino se halla asociado con un menor riesgo de padecer Alzheimer; sin embargo, esto sucede debido a que se trata precisamente de un consumo llevado a cabo con moderación, mas si se llega al consumo riesgoso o a la dependencia, ese consumo se va a convertir en un factor de riesgo.¹²

Respecto al consumo de drogas legales e ilegales por adultos mayores, cabe señalar que ha aumentado y se espera se incremente aún más en la década siguiente.⁶³ A este fenómeno se le ha denominado como una epidemia invisible, pues en esta población los trastornos del consumo de alcohol generalmente son subestimados o subdiagnosticados, y pocos de ellos reciben tratamiento.⁶⁴

Los estudios referentes a la tercera edad se han centrado, por lo general, en el consumo del alcohol y el tabaco, mientras el de las drogas ilegales⁶⁵ ha sido dejado de lado. No obstante, este último también constituye un problema de salud pública, el cual recientemente está emergiendo con fuerza.

En esta investigación se encontró que el 3.5% de la población estudiada reportó haber consumido alguna droga

en su vida, principalmente drogas ilícitas (2.4%), como la marihuana (2.1%). Al consumo de cualquier droga efectuado alguna vez en la vida o en el último año no se le relacionó con ninguna variable de cuidado, pero sí con un mayor riesgo de padecer TMA y ECD.

Se sabe que el consumo de drogas puede desatar o empeorar diversas condiciones médicas y psicológicas.⁶⁶ En cuanto al consumo crónico de marihuana, se le ha vinculado con el desarrollo de problemas respiratorios, de síntomas psicóticos (especialmente en personas con predisposición genética), y con el daño cognitivo, así como con el cáncer, la depresión, la manía y los intentos suicidas.⁶⁷

Recíprocamente, haber padecido depresión durante el último año incrementa la posibilidad de usar marihuana.⁶³ Durante un estudio efectuado en adultos mayores que ingresaban a servicios psiquiátricos de emergencia se encontró que uno de cada cuatro pacientes había consumido alguna droga (benzodiazepinas, cocaína, opiáceos, etc.), lo cual sugiere una importante relación entre los padecimientos psiquiátricos y el consumo de sustancias.¹³

Dentro de las limitaciones de este estudio, es importante resaltar que el análisis de la razón de momios indica una asociación entre ambas variables, mas no ha sido posible determinar una causalidad. Dado que este estudio es de diseño transversal, sería conveniente efectuar otro más de tipo longitudinal, y así tomar en cuenta otras variables, con el fin de conocer una posible causalidad como la mencionada.

Otra limitación de esta investigación radica en que los datos obtenidos acerca de las enfermedades y del patrón de consumo fueron comunicados por el mismo adulto mayor, pero no confirmados mediante un diagnóstico profesional, ni tampoco por los familiares del paciente. A futuros investigadores de esta temática se les sugiere llevar a cabo estudios sobre el consumo de sustancias en adultos mayores que se enfoquen hacia otras sustancias, tanto legales como ilegales, así como que amplíen la muestra.

En conclusión, a pesar de estas limitaciones, se encontró que el consumo del alcohol, del tabaco y de otras drogas por adultos mayores afecta significativamente variables de cuidado, como las ABIVD, la percepción familiar, la social y la de la propia salud, a la vez que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas, y trastornos mentales y del comportamiento. Por tanto es de vital importancia desarrollar instrumentos de diagnóstico y tratamiento específicos para adultos mayores que sean consumidores de sustancias psicoactivas.⁶³

Financiamiento

Este trabajo fue financiado por el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la licenciada Rosa Icela Rodríguez Velázquez (Directora General del IAAM-DF durante la realización del estudio) por el apoyo brindado. Al doctor Pedro Valdés Corchado, (Coordinador de Geriátrica) y al ingeniero Rubén Fuentes Rodríguez, por el apoyo logístico otorgado; a los médicos de la Coordinación de Geriátrica, y a todos los Coordinadores Regionales de las distintas Delegaciones, así como a los educadores comunitarios.

Al equipo de trabajo de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Evaluación del IAPA, y principalmente a todos los adultos mayores que tan generosamente abrieron sus puertas y compartieron su información.

El reporte completo del estudio puede ser consultado vía web en la página www.iapa.df.gob.mx.

REFERENCIAS

1. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Publica Mex* 2007;49(supl 4):S467-S474.
2. INPRFM, INSP, SSA. Encuesta nacional de adicciones 2011: Reporte de alcohol. Primera edición. México, DF: 2012.
3. INPRFM, INSP, SSA. Encuesta nacional de adicciones 2011: Reporte de tabaco. Primera edición. México, DF: 2012.
4. INPRFM, INSP, SSA. Encuesta nacional de adicciones 2011: Reporte de drogas. Primera edición. México, DF: 2012.
5. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C et al. Health and nutrition status of older adults in Mexico: results of a national probabilistic survey. *Salud Publica Mex* 2008;50(5):383-389.
6. Borges G, Mendoza-Meléndez MA, López-Brambila MA, García-Pacheco JA et al. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental* 2014;37:15-25.
7. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 2010;105(5):817-843.
8. Ramírez Venegas A. Daños a la salud que ocasiona el consumo de tabaco. *Ciencia* 2004;octubre-diciembre:54-59.
9. Reid MC, Boutros NN, O'Connor PG, Cadariu A et al. The health-related effects of alcohol use in older persons: a systematic review. *Subst Abus* 2002;23(3):149-164.
10. Lin JC, Guerrieri JG, Moore AA. Drinking patterns and the development of functional limitations in older adults: longitudinal analyses of the health and retirement survey. *J Aging Health* 2011;23(5):806-821.
11. Sim MG, Hulse G, Khong E. Alcohol and other drug use in later life. *Aust Fam Physician* 2004;33(10):820-824.
12. Letenneur L, Larrieu S, Barberger-Gateau P. Alcohol and tobacco consumption as risk factors of dementia: a review of epidemiological studies. *Biomed Pharmacother* 2004;58(2):95-99.
13. Woo BK, Chen W. Substance misuse among older patients in psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(1):99-101.
14. IMSS. Entorno demográfico y epidemiológico y otros factores de presión sobre el gasto médico. En: Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012. Primera edición. Instituto Mexicano del Seguro Social; pp.29-40.
15. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Méx* 2007;49(5):367-375.
16. Montorio Cerrato I, Losada Baltar A. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Boletín Sobre Envejecimiento. Perfiles Tendencias 2004;España;13:1-15.
17. Turnheim K. Drug therapy in the elderly. *Exp Gerontol* 2004;39(11-12):1731-1738.
18. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Correa-Muñoz E. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. *BMC Geriatr* 2009;9:40.
19. INEGI. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. México: 2005.
20. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-186.
21. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Méx* 2007;49(4):S459-S466.
22. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Aten Primaria* 1996;18(4):158-163.
23. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6(6):1231-1239.
24. Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Aten Fam* 2010;17(4):102-106.
25. Arechabala Mantuliz MC, Miranda Castillo C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Cienc Enferm* 2002;8(1):49-55.
26. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J R Soc Med* 2012;105(12):518-522.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, (DSM-IV-TR). Washington, DC: 2000.
28. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988;26:709-723.
29. Del Duca GE, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saude Publica* 2009;43(5):796-805.
30. Formiga F, Ferrer A, Chvite D, Montero A et al. Utility of geriatric assessment to predict mortality in the oldest old. The Octabaix study: three-year follow-up. *Rejuvenation Res* 2013;16(4):279-284. doi: 10.1089/rej.2013.1422
31. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C et al. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group? *Br J Gen Pract* 2007;57(537):271-276.
32. Wolinsky FD, Bentler SE, Hockenberry J, Jones MP et al. Long-term declines in ADLs, IADLs, and mobility among older Medicare beneficiaries. *BMC Geriatr* 2011;16:11-43.
33. Antonelli Incalzi R, Corsonello A, Pedone C, Corica F et al. Depression and drug utilization in an elderly population. *Ther Clin Risk Manag* 2005;1(1):55-60.
34. Monane M, Monane S, Semla T. Optimal medication use in elders. Key to successful aging. *West J Med* 1997;167(4):233-237.
35. Brekke M, Hunskaar S, Straand J. Self-reported drug utilization, health, and lifestyle factors among 70-74 year old community dwelling individuals in Western Norway. The Hordaland Health Study (HUSK). *BMC Public Health* 2006;6:121.
36. Grimby A, Johansson AK. Factors related to alcohol and drug consumption in Swedish widows. *Am J Hosp Palliat Care* 2009;26(1):8-12.
37. Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs* 2006;15(5):607-618.
38. Kim O, Baik S. Alcohol consumption, cigarette smoking, and subjective health in Korean elderly men. *Addict Behav* 2004;29(8):1595-1603.

39. Støvring N, Avlund K, Schultz-Larsen K, Schroll M. The cumulative effect of smoking at age 50, 60, and 70 on functional ability at age 75. *Scand J Public Health* 2004;32(4):296-302.
40. Rodríguez Fernández, E, Gómez Moraga A, García Rodríguez, A. Relación entre percepción familiar y consumo de alcohol. *Aten Primaria* 1997;19:117-121.
41. Fernández Vargas AM, Bujalance Zafra MJ, Leiva Fernández F, Martos Crespo F et al. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *MEDIFAM* 2001;11: 530-539.
42. Sierra Manzano JM. Consumo de alcohol y disfunción familiar. *Aten Primaria* 1997;20:110-111.
43. De la Revilla Ahumada L, Bailón E, De Dios Luna J, Delgado A et al. Validation of a functional social support scale for use in the family doctor's office. *Aten Primaria* 1991;8(9):688-692.
44. Dyer CB, Goodwin JS, Pickens-Pace S, Burnett J et al. Self-neglect among the elderly: a model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *Am J Public Health* 2007;97(9):1671-1676.
45. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373 (9662):492-501.
46. Caputo F, Vignoli T, Leggio L, Addolorato G et al. Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol* 2012;47(6):411-416.
47. Uyarel H, Ozdol C, Gencer AM, Okmen E et al. Acute alcohol intake and QT dispersion in healthy subjects. *J Stud Alcohol* 2005;66:555-558.
48. Polednak AP. Recent trends in incidence rates for selected alcohol-related cancers in the United States. *Alcohol* 2005;40:234-238.
49. Kim SJ, Kim DJ. Alcoholism and diabetes mellitus. *Diabetes Metab J* 2012;36(2):108-115.
50. Pathak R, Pathak A. Study of life style habits on risk of type 2 diabetes. *Int J Appl Basic Med Res* 2012;2(2):92-96.
51. Cena H, Tesone A, Niniano R, Cerveri I et al. Prevalence rate of metabolic syndrome in a group of light and heavy smokers. *Diabetol Metab Syndr* 2013;5(1):28.
52. McVary KT, Carrier S, Wessells H; Subcommittee on smoking and erectile dysfunction socioeconomic committee, sexual medicine society of North America. Smoking and erectile dysfunction: evidence based analysis. *J Urol* 2001;166(5):1624-1632.
53. Bartal M. Health effects of tobacco use and exposure. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001;56(6):545-554.
54. Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3(2):90-99.
55. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health* 2011;34(2):135-143.
56. Shuper PA, Neuman M, Kanteres F, Baliunas D et al. Joharchi N, Rehm J Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS – a systematic review. *Alcohol Alcohol* 2010;45(2):159-166.
57. De Roux A, Cavalcanti M, Marcos MA, Garcia E et al. Impact of alcohol abuse in the etiology and severity of community-acquired pneumonia. *Chest* 2006;129(5):1219-1225.
58. Romeo J, Wärnberg J, Marcos A. Drinking pattern and socio-cultural aspects on immune response: an overview. *Proc Nutr Soc* 2010;69(3):341-346.
59. Dewan SK, Zheng SB, Xia SJ, Bill K. Senescent remodeling of the immune system and its contribution to the predisposition of the elderly to infections. *Chin Med J (Engl)* 2012;125(18):3325-31.
60. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratzou C et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007;29(2):390-417.
61. Natphopsuk S, Settheetham-Ishida W, Sinawat S, Pientong C et al. Risk factors for cervical cancer in northeastern Thailand: detailed analyses of sexual and smoking behavior. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(11):5489-5495.
62. Sopori M. Effects of cigarette smoke on the immune system. *Nature Reviews Immunology* 2002;2(5):372-377.
63. Wu LT, Blazer DG. Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *J Aging Health* 2011;23(3):481-504.
64. Centro para el tratamiento de abuso de sustancias. Substance abuse among older adults; Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services; 1998.
65. Farkas KJ, Drabble L. Prevalence of alcohol, tobacco and other drug use among older adults. En: Diwan S (ed.). Substance use and older adults resource review. Alexandria VA: CSWE Gero-Ed Center, Master's Advanced Curriculum Project. Recuperado de www.gero-ed-center.org/mac. 2008.
66. Dowling GJ, Weiss SR, Condon TP. Drugs of abuse and the aging brain. *Neuropsychopharmacology* 2008;33(2):209-218.
67. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 2009;374(9698):1383-1391.