

Consumo de alcohol en el adulto mayor chileno que viaja

CHUNG BIN YU C.^{1,2,a}, VERÓNICA ROJAS A.^{1,2},
MACARENA ZALAUQUETT R.^b, ROMINA TORRES S.^b,
CRISTIÁN RAMÍREZ C.^b, FERNANDO ROMÁN O.^b,
MARCELA CARRASCO G.^{1,2}, HOMERO GAC E.^{1,2},
SEBASTIÁN VALDERRAMA C.², PEDRO PAULO MARÍN L.^{1,2}

Alcohol consumption among traveling Chilean older people

Background: Problems associated with alcohol consumption are prevalent in Chile, but little is known about the situation in the elderly. **Aim:** To perform a screening to detect alcohol-related problems and risks in the Chilean older people who travel. **Material and Methods:** The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) questionnaire was answered by 1,076 travelers aged 60 to 93 years (66% females), who participated in trips organized by the Chilean National Tourism Service (SERNATUR). **Results:** Seventy six percent of respondents acknowledged to have ingested an alcoholic drink during the last month. The average AUDIT score was of 2.2 ± 2.6 . Only 3.7% of the sample had a score equal or higher than eight, considered as risky use. Within this last group, 60% had symptoms of alcohol dependence. A higher alcohol consumption was associated with male gender ($p < 0.01$), being younger than 75 years of age ($p < 0.01$), having a medium-low economic income ($p < 0.01$) and having a higher education level ($p = 0.03$). There was no significant association with the respondents' occupation. **Conclusions:** In this sample of Chilean traveling older people, there was a high prevalence of alcohol consumption, and nearly 4% of respondents had alcohol related problems.

(Rev Med Chile 2014; 142: 1517-1522)

Key words: Aged; Alcoholism; Alcohol drinking.

El consumo de alcohol es muy prevalente en todo el mundo. Consumir en cantidades moderadas es aceptable, siendo un hábito relacionado a la socialización y que ofrecería protección cardiovascular. Sin embargo, su consumo sobre lo recomendado se transforma en un problema social, familiar y de salud. Se habla de consumo riesgoso o perjudicial cuando se consume más de la recomendación diaria y abuso de alcohol cuando el individuo no logra cumplir con sus tareas (en el hogar, trabajo o estudio), cuando se expone a situaciones de riesgo físico o tiene problemas legales o sociales por el trago. También se ha acuñado el término bebedor problema cuando

la persona o su familia perciben que el consumo está produciendo daño al paciente o su entorno. Se define como dependencia del alcohol cuando el individuo muestra signos de adicción física al alcohol¹⁻⁴. La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que dos mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas y 76,3 millones de personas tienen problemas con su consumo. En Chile, cerca de 75% de la población consume alcohol^{5,6}, y según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2009-2010, 0,77% de la población sería dependiente a nivel nacional⁷.

Estudios internacionales en adultos mayores (AM) indican que cerca de 90% de ellos ha con-

¹Programa de Geriátría.

²Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

^aMédico Adscrita.

^bAlumno de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Recibido el 10 de octubre de 2013, aceptado el 27 de octubre de 2014.

Correspondencia a:

Dr. Pedro Paulo Marín L.

Programa de Geriátría,
Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Casilla 114-D, Santiago, Chile.
ppmarin@med.puc.cl

sumido alcohol en el último mes⁸, la mitad de ellos lo consumirían en forma habitual y presentarían problemas de dependencia entre 2 y 4%⁹. El consumo sería mayor en los hombres^{10,11} e iría disminuyendo a mayor edad^{8,12,13}.

En Chile, según los datos de la ENS 2009-2010, 14,6% de los AM tiene un patrón semanal de consumo, y el consumo medido como promedio en gramos de alcohol puro en estos bebedores es de 148,3 gramos (g) en los hombres y 74,1 g en las mujeres, con un promedio de 127,9 g. El trago estándar de un chileno tiene aproximadamente 15,5 g de alcohol puro. Los AM tienen un consumo de 2,7 días promedio a la semana, el cual es significativamente superior al promedio nacional: 1,6 días/semana⁷.

Las personas de mayor edad se vuelven más sensibles a los efectos del alcohol, debido a la disminución del aclaramiento renal y hepático, aumentando su concentración en el plasma a igual ingesta de un joven¹⁴. Se asocia además con un mayor riesgo de caídas, *delirium*, enfermedades gastrointestinales, hemorragias y susceptibilidad a infecciones⁹. En la atención primaria, en Chile, sólo a un tercio de los pacientes mayores se les consulta por sus hábitos alcohólicos¹⁵, lo cual constituye una mala práctica clínica, dada su alta prevalencia y efectos adversos al tener consumo riesgoso.

Este estudio descriptivo tiene por objetivo conocer el perfil de consumo de alcohol en AM que participan en los viajes "Vacaciones Tercera Edad" realizados por el Servicio Nacional de Turismo de Chile (SERNATUR).

Material y Método

Se estudió a la población de AM que viajó a través de beneficios para AM proporcionados por SERNATUR, en el período comprendido entre marzo y abril del año 2009. Se recolectó información demográfica: edad, género, ocupación, ingreso económico y nivel educacional. Además, se le aplicó la versión en español del AUDIT¹⁵. Este instrumento consta de 10 preguntas orientadas a detectar a personas con consumo de alcohol riesgoso (preguntas 1 al 3), perjudicial (preguntas 4 al 6) y aquellos que presentan síntomas de dependencia de alcohol (preguntas 7 al 10). La escala tiene un puntaje total de 40 puntos y según la OMS, un puntaje mayor o igual a ocho es su-

gerente de la presencia de problemas asociados al consumo de alcohol. También, según el puntaje, se suele clasificar el riesgo asociado al consumo de alcohol en bajo riesgo (menor o igual a 7 puntos), consumo de riesgo (8 a 15 puntos), consumo perjudicial (16 a 19 puntos) y dependencia (20 o más puntos). Según la zona en que se sitúe, se decide qué intervención aplicar con el paciente, incluyendo educación, consejo, asesoramiento, con monitorización continua o derivación al especialista para evaluación y tratamiento, en ese orden respectivo¹⁵.

La encuesta se realizó de manera voluntaria y anónima al final del programa "Vacaciones Tercera Edad", la encuesta fue autorizada por SERNATUR Chile para ser realizada en las personas mayores que viajaban. Se les explicó a todos los clientes la finalidad de la encuesta, y se les proporcionó una copia para que la contestaran y entregaran ese mismo día. Además, al ser una encuesta voluntaria aplicada a personas saludables y no a pacientes, se consideró consentimiento informado, el hecho de responder la encuesta.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa R. Para la comparación de porcentajes, se usó el test de χ^2 y el test Z de comparación de proporciones. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados

Del total de personas que viajaron durante en el período entre marzo y abril del año 2009, se revisaron 2.324 encuestas, lo que corresponde a más de 50% del total. De ellas 1.076 (46%) correspondían a mayores de ≥ 60 años, con nacionalidad chilena y encuesta AUDIT completa. Esta población de 1.076 AM se consideró para el análisis. Sus características socio demográficas se presentan en la Tabla 1.

El promedio de edad fue de 70,4 años (desviación estándar = $DEDS \pm 6,5$), con rango entre 60 y 93 años. El 66,1% de los encuestados era del sexo femenino. La mayoría había terminado la educación básica y había llegado hasta la educación media, incompleta (71,2%) y 78% se encontraba laboralmente activo (incluyendo no jubilados y dueñas de casa). En cuanto al ingreso económico, 84% se autodefinió pertenecer al nivel socioeconómico medio-bajo.

Tabla 1. Características generales de la población de adultos mayores que viaja

	n	%	Promedio
Sexo (n = 1.076)			
Femenino	711	66,10	
Masculino	365	33,90	
Edades (n = 1.076)			
			70,4 (DS = 6,55) Rango: 60-93 años
60-64	220	20,45	
65-69	310	28,81	
70-74	254	23,61	
75-79	181	16,82	
80-84	86	7,99	
Mayor 85	25	2,32	
Ingresos (n = 1.006)			
Medio-bajo < \$500.000	845	84	Hombres: 26,64 Mujeres: 57,36
Alto > \$500.000	161	16	Hombres: 8,85 Mujeres: 7,15
No responden	70		
Educación (n = 1.059)			
Básica o menos	305	28,81	
Media incompleta o superior	754	71,19	
No responden	17		
Ocupación (n = 904)			
Laboralmente activos (considera no jubilados y dueñas de casa)	706	77,99	
Jubilados	199	22,01	
No responden	172		

Con respecto al consumo de alcohol, 75,7% de la muestra declaró haber ingerido bebidas alcohólicas en el último mes, el restante 24,4% refirió no consumir nunca alcohol. Un tercio de los encuestados (30,5%) reconoció consumir al menos una vez al mes, 23,5% refirió consumir entre 2 y 4 veces por mes, 10% entre 2 y 3 veces por semana y 11,6% de los individuos refirió ingerir alcohol cuatro o más veces por semana.

El promedio del puntaje total AUDIT fue de 2,2 (DSDE \pm 2,6). Sólo 3,7% de la muestra tenía un puntaje \geq 8 considerado como consumo de riesgo. De estos últimos, 60% de tenía síntomas de dependencia; 22,5% obtuvo mayor puntaje en las preguntas que apuntan a un consumo de riesgo y 17,5% se relacionaban con un posible consumo perjudicial.

Al separarlos según zonas de riesgo: I bajo riesgo (menor o igual a 7 puntos), II consumo de riesgo (8 a 15 puntos), III consumo perjudicial (16 a 19 puntos) y IV dependencia (20 o más puntos), 30,7% de los hombres y 64,7% de las mujeres estaban en la zona I, 3% de los hombres y 1,4% de las mujeres estaban en la zona II, ningún individuo estaba en la zona III (consumo perjudicial) y sólo 0,3% de los hombres pertenecían a la zona IV (dependencia).

En la Tabla 2, se detallan las características de las personas que presentan problemas con el consumo de alcohol y las variables que la caracterizan. Al analizar por subgrupos, destaca el ítem edad, siendo que el consumo problema se manifiesta principalmente en las personas menores de 75 años, mayoritariamente de sexo masculino. Se

Tabla 2. Características de los AM que presentan problemas con el consumo de alcohol

	n	%	Valor p
Edad (años)	40		p = 0,002
< 60-74	30	75	
> 75	10	25	
Sexo	40		p < 0,001
Masculino	31	77,5	
Femenino	9	22,5	
Ocupación	32		p = 0,167
Jubilados	12	37,5	
No Jubilados	20	62,5	
Ingreso económico	36		p < 0,001
< \$500.000	29	80,5	
> \$500.000	7	19,5	
Nivel educacional	40		p = 0,03
Básica o menos	13	32,5	
Media incompleta o superior	27	67,5	

encontró asociación con consumo de alcohol problema con cifras de ingreso económico menor de \$ 1.000 USD al mes y con un nivel educacional mayor a 8 años. Por otra parte, el ítem ocupación no alcanzó una asociación estadísticamente significativa.

Discusión

En este estudio, que analizó a una muestra de 1.076 adultos, mayores de 60 años, que participaron de los programas de viajes para la tercera edad del SERNATUR, se encontró que 75,7% de los AM declaró haber consumido alcohol en el último mes, frente a 24,4% que se declaró abstinentes repetidos. Si bien esta es una población seleccionada, se asume como saludable y por lo mismo sus datos serían extrapolables a la población de adultos mayores funcionales. Además, este grupo es aquel que tiene más posibilidades de tener acceso al alcohol, por posibilidad de reuniones sociales y menos carga de comorbilidad. Aun así, cabe destacar que los resultados obtenidos en el estudio son similares a aquellos de la ENS 2009-2010, que tiene una representatividad nacional.

De manera muy relevante, 3,7% de los participantes presenta características de consumo de ries-

go con un puntaje AUDIT ≥ 8 . Esta cifra es similar a la reportada en la literatura en población AM, y que corresponde a 4,1% en la ENS 2009-2010⁷ y 6,5% según el proyecto GENACIS (*Gender, Alcohol and Culture: An International Study*), que incluyó los resultados de 35 países diferentes alrededor del mundo¹⁰. Esto es más frecuente en los hombres, en los con ingreso económico medio-bajo y entre aquellos de 60 a 74 años. Sin embargo, por ser n^{os} pequeños, no se logran sacar grandes conclusiones que expliquen estas diferencias.

Usando el puntaje AUDIT, se puede clasificar en diferentes zonas de riesgo al individuo desde consumo de riesgo a dependencia a alcohol. Estas categorías nos orientan al tipo de intervención que deberíamos hacer para manejar las necesidades del paciente. Acorde a los resultados, se aprecia que un tercio (30,7%) del total de hombres y 64,7% de las mujeres pertenecen a la zona I, lo cual indica un consumo de bajo riesgo o abstinencia, por lo que bastaría con educar a este grupo en cuanto a los riesgos del alcohol. Respecto a la zona II, incluye a 3% de los hombres y 1,4% de las mujeres de este estudio, y comprende un nivel de consumo por encima de las recomendaciones. Por lo tanto, una intervención breve y útil sería el consejo simple. La zona III no tuvo representantes en el grupo estudiado. La zona IV, que incluye a personas que deben derivarse a un especialista para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento de la dependencia de alcohol, tenía una representación de 0,3% de la muestra, en su totalidad compuesta por hombres.

Si bien el puntaje del AUDIT considerado para problemas con el consumo de alcohol fue de ≥ 8 , algunos autores recomiendan que el corte para los AM debería ser más bajo (menos de 7 puntos), aumentando así la sensibilidad al aplicarlo a esta población, dado que se producen cambios intrínsecos con la edad que potencian los efectos deletéreos del alcohol³.

Dentro de las debilidades de nuestro estudio, está que es un registro de una encuesta voluntaria en población altamente seleccionada, lo que aumenta el riesgo de sesgo. En ese sentido, y dado el diseño de la encuesta, es planteable que haya sido la población sana o con menos problemas con el consumo de alcohol quienes completaron en su totalidad la encuesta, lo que podría subestimar nuestros resultados, si se extrapolaran a la población general. El diseño del estudio impide

generar intervenciones a los sujetos encuestados, pero entrega información valiosa en este subgrupo de personas mayores saludables que mantienen una vida social activa y permite generar nuevas hipótesis para futuros trabajos.

Debido al aumento sostenido del grupo de mayores de 60 años en nuestro país, con sus consecuentes desafíos¹⁶, adquiere gran relevancia conocer datos sobre el consumo del alcohol, dado que podría afectar tanto la calidad de vida, como la salud. Por la misma razón, es importante que al momento de la entrevista médica adquiramos el hábito de averiguar los patrones de consumo de alcohol que tiene el paciente y no tener prejuicios por la edad del paciente, siendo evidente que el consumo es prevalente en los adultos mayores. Así, podremos aplicar la intervención que sea necesaria, según el requerimiento del paciente. La dependencia del alcohol es una condición tratable, y los adultos mayores tienden a tener buena respuesta a las intervenciones. Además, dados los efectos deletéreos potenciales que puede tener el alcohol, especialmente en los adultos mayores, quienes tienen velocidad de aclaramiento renal y hepático disminuido y además tienden a ser una población donde la polifarmacia es prevalente, por lo que aumenta el riesgo de interacción adversa, es importante que como proveedores de la salud, expliquemos en términos que puedan entender los pacientes el límite de la cantidad de alcohol que pueden tomar, y aprovechar las visitas a la consulta como oportunidad para hacerlo y así prevenir los efectos deletéreos del alcohol en esta población vulnerable.

Referencias

1. Moyer VA. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013; 159: 210-8.
2. Ministerio de Salud. Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria. Chile, 2005.
3. Babor T, Campbell R, Room R, Saunders J. *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. World Health Organization. Geneva, 1994.
4. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993.
5. World Health Organization. *Global Status Report On Alcohol*. Geneva, 2004.
6. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE. *Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*. 2008.
7. Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Chile.
8. Moos R, Schutte K, Brennan P, Moos B. Older adults' alcohol consumption and late-life drinking problems: a 20 years perspective. *Addiction* 2009; 104 (8): 1293-302. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02604.x.
9. Society of Hospital Medicine. *Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults*. Clinical Toolbox for Geriatric Care. 2004.
10. Wilsnack R, Wilsnack S, Kristjanson A, Vogeltanz-Holm N, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction* 2009; 104 (9): 1487-500. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02696.x.
11. Ganry O, Joly J, Queval M, Dubreuil A. Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. *Addiction* 2000; 95 (1): 107-13.
12. Weyerer S, Schäufele M, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Maier W, Haller F, et al. At-Risk Alcohol Drinking In Primary Care Patients Aged 75 Years And Older. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24 (12): 1376-85. doi: 10.1002/gps.2274.
13. Moos R, Schutte K, Brennan P, Moos B. Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. *Addiction* 2004; 99 (7): 829-38.
14. Mangoni A. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 57: 6-14.
15. Marín P, Villalobos A, Carrasco M, Kalache A. Resultados generales del Proyecto INTRA-OMS en Chile. *Rev Med Chile* 2005; 133 (3): 331-7.
16. Marín P. Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. *Rev Med Chile* 2007; 135 (3): 392-8.
17. Saunders J, Aasland O, Babor T, 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; 8 (6): 791-804.
18. Hajat S, Haines A, Bulpitt C, Fletcher A. Patterns and determinants of alcohol consumption in people aged 75 years and older: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Age and Ageing* 2004; 33 (2): 170-7.

19. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013; 346:e8501 doi: 10.1136/bmj.e8501.
20. Knott C, Scholes S, Shelton N. Could more than three million older people in England be at risk of alcohol-related harm? A cross-sectional analysis of proposed age-specific drinking limits. *Age and Ageing* 2013; 42: 598-603 doi: 10.1093/ageing/aft039.