

## **Prevalencia de los trastornos de uso y abuso de alcohol en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática**

### ***Prevalence of use and alcohol abuse disorders in adults over 65 years: a systematic review***

**Andrea Contrisciani y Berta Ausín**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica  
Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

#### ***Resumen***

El objetivo de este trabajo es estudiar de manera sistemática los datos de prevalencia de los trastornos de uso y abuso de alcohol en las personas mayores. Se han seleccionado los estudios de prevalencia en inglés o español escritos entre 2008 y 2018 que aporten datos de prevalencia de trastornos por consumo de alcohol y que incluyan en su muestra a personas mayores de 65 años, la selección final es de 30 artículos. Los estudios encuentran tasas de prevalencia muy heterogéneas, con medidas anuales entre 0,7% y 5,2%, lo cual puede deberse a diferencias metodológicas. Esta revisión pone de relieve que existe una correlación negativa entre la edad y los trastornos de uso y abuso de alcohol. Los hombres sufren en mayor medida trastornos de uso y abuso de alcohol que las mujeres. Se observa que la cultura juega un papel relevante en los trastornos de uso y abuso de alcohol en las personas mayores. Estos trastornos son cada vez más frecuentes en la población mayor y es necesario actualizar los sistemas de evaluación por parte de los servicios de salud para mejorar la detección de estos problemas y aplicar tratamientos adecuados a este colectivo.

#### ***Palabras Clave***

Trastornos de uso y abuso de alcohol; prevalencia; epidemiología; personas mayores.

— Correspondencia a: —

Berta Ausín

Email: [bertaausin@psi.ucm.es](mailto:bertaausin@psi.ucm.es)



## **Abstract**

The aim of this study is to systematically study the prevalence data on alcohol use and abuse disorders in the elderly. We have selected the prevalence studies in English or Spanish written between 2008 and 2018 that provide data on the prevalence of alcohol use disorders and that include people over 65 years of age, the final selection is 30 articles. The studies are found in very heterogeneous prevalence rates, with measures between 0.7% and 5.2%, which can reduce methodological differences. This review highlights that there is a negative correlation between age and alcohol use and abuse disorders. Men suffer more from alcohol use and abuse disorders than women. It is observed that culture plays a relevant role in alcohol use and abuse disorders in the elderly. These disorders are increasingly frequent in the elderly population and it is necessary to update the evaluation systems of the health services to improve the detection of these problems and apply them to this group.

## **Key Words**

Alcohol use disorder; prevalence; epidemiology; older people.

## **INTRODUCCIÓN**

A nivel mundial se aprecia una tendencia de aumento de las personas mayores en la población, alcanzando en 2017 el 9% de la población mundial (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 2017). En España, el 19% de la población está constituida por personas mayores, lo que supone que 8,76 millones de personas han superado la barrera de los 65 años en este país, situándose como el noveno país del mundo que cuenta con una mayor población de personas mayores de 65 años, siendo Japón el país con mayor proporción de personas mayores, en este caso representan el 27% de la población japonesa (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016). En cuanto al género, en el año 2011 la proporción de mujeres mayores de 85 años en España era el doble que de hombres de la misma edad (Eurostat, 2011). Este aumento de la pobla-

ción mayor es debido las tasas decrecientes de la natalidad y el aumento de la longevidad y la esperanza de vida (Eurostat, 2017), en la que destaca la Comunidad de Madrid a nivel europeo, con una esperanza de vida de 85,2 años (Eurostat, 2018).

Estudios europeos encuentran que los trastornos mentales más prevalentes en las personas mayores en Europa son los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos y los relacionados con sustancias (Andreas et al., 2017). Cabe destacar que en la investigación sobre prevalencia de los trastornos de uso y abuso de alcohol se encuentran datos muy heterogéneos, además de existir pocos estudios que incluyan en su muestra a personas mayores de 65 años, dificultando en mayor medida conocer la prevalencia en este colectivo. En el caso del trastorno por consumo de alcohol, se estima una tasa de prevalencia de por vida del 11,71%. En la capital española, se

estiman, en las personas entre 65 y 85 años, tasas del 16,04% de trastornos relacionados con sustancias, destacando entre ellas el consumo de alcohol (Ausín et al., 2017).

Recientes investigaciones sostienen que la prevalencia de trastornos por abuso o dependencia del alcohol disminuyen significativamente con la edad (Ausín et al., 2017), aunque los investigadores comentan que puede deberse a la alta mortalidad de las personas con trastornos por dependencia o problemas de salud, o por mejorar su cuidado personal.

Los trastornos de uso y abuso de alcohol se ha observado que tienen relación directa con el deterioro cognitivo y demencia, especialmente en las mujeres (Lopes et al., 2010). Éstas son más sensibles a los efectos del alcohol en su cuerpo, debido a un mayor porcentaje de grasa corporal y a procesos de degradación del etanol más lentos que en los hombres (por tener niveles más bajos de alcohol deshidrogenasa, enzima que degrada el etanol), aumentando así la concentración de alcohol en sangre, lo que incrementa los riesgos asociados al consumo de alcohol, especialmente en etapa de la menopausia (Milic et al., 2018).

El consumo de alcohol en las personas mayores, especialmente si se inicia a partir de los 65 años, puede estar relacionada con aspectos sociales que suelen ocurrir en esta etapa de la vida, como puede ser la jubilación, el deterioro de la salud, pérdida de independencia, etc. (Dharia y Slattum, 2011), con lo que estos factores de riesgo serán claves a la hora de realizar este tipo de diagnósticos. También debe tenerse en cuenta que el consumo de alcohol y otras drogas pueden agravar las condiciones médicas debidas al envejecimiento e interactuar

con medicación que tengan prescrita (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010).

Como se puede apreciar, los trastornos mentales en las personas mayores acarrear serios problemas en su salud y en sus relaciones, sin embargo, se observa un escaso uso de los servicios de salud mental en comparación con la población más joven, haciendo un mayor uso las mujeres y las personas con sintomatología depresiva (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016; Choi et al., 2013; Scott et al., 2010; Burgess et al., 2009)

En el año 2013, se calculó que el alcohol es el quinto factor de riesgo en años de vida perdidos por discapacidad en personas de 50 a 69 años en Inglaterra, además, el abuso de alcohol reduce entre 9 y 24 años la esperanza de vida (Royal College of Psychiatrists, RCP, 2018). Se han calculado alrededor de 24.000 muertes atribuibles al consumo excesivo de alcohol en personas mayores de 65 años en Estados Unidos entre 2006 y 2010, de las cuales, la mayoría se atribuyen a factores asociados al uso y abuso del alcohol (como cirrosis, hepatitis, pancreatitis, gastritis, cáncer de mama, próstata o esófago, degeneración del sistema nervioso e hipertensión) (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2013). Debido a la necesidad de la adecuada detección de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism; NIAAA) ha propuesto unas medidas específicas para medir el consumo excesivo de alcohol en mayores de 60 años, que son  $\geq 2$  bebidas por día para mujeres y  $\geq 3$  bebidas al día para hombres (en Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2016).



En cuanto a características sociodemográficas del trastorno de uso y abuso de alcohol, se ha visto que su consumo, o consumo de cualquier sustancia, se relaciona significativamente con el género masculino (Ausín et al., 2017; ESEMeD, Alonso et al., 2004). La mayoría de los estudios epidemiológicos sobre trastornos de uso y abuso de alcohol en personas mayores coinciden en un perfil prototípico, ya que este trastorno es más prevalente en hombres, de raza blanca, casados, con estudios superiores e ingresos económicos medio-altos (Blazer y Wu, 2009a; Blazer y Wu, 2009b; Sacco et al., 2009; Barnes et al., 2010; Hoeck y Van Hal, 2012; Borges et al., 2014; Wilson et al., 2014). Existen discrepancias en otros estudios donde relacionan los trastornos de uso y abuso del alcohol con hombres divorciados o separados, hecho que contrasta con la mayoría de estudios (Lin et al., 2011; Towers et al., 2011). Sin embargo, si se tiene en cuenta el momento de inicio del consumo de alcohol, Van Montfoort-De Rave et al. (2017) encontraron que el grupo de inicio tardío (después de los 45 años) de consumo de alcohol estaba formado mayoritariamente por mujeres, lo que contrasta con los datos encontrados en la mayoría de estudios. Los datos de este estudio (Van Montfoort-De Rave et al., 2017) reflejan el patrón de consumo según el género y en distintos rangos de edad, arrojando que el trastorno por consumo en los hombres puede estar presente desde la edad adulta y seguir presentándose en la tercera edad. Algunas investigaciones (Xiang et al., 2009; Towers et al., 2011) relacionan el consumo excesivo de alcohol con el hecho de vivir en zonas rurales.

El objetivo principal de este trabajo es revisar sistemáticamente los estudios acerca de la prevalencia de los trastornos de uso y abuso de alcohol en personas mayores de 65 años. Los objetivos específicos de esta revisión son: 1) conocer las diferencias de prevalencia de los trastornos de uso y abuso de alcohol entre diferentes grupos de edad de personas mayores de 65 años; 2) conocer las diferencias de prevalencia entre hombres y mujeres; y 3) conocer las diferencias de prevalencia entre diferentes culturas. Las preguntas que se pretenden contestar son: ¿Son más prevalentes los trastornos de uso y abuso de alcohol entre las personas de 65-74 años que entre las personas de 75 años en adelante?; ¿Qué riesgo tienen los hombres de sufrir un trastorno de uso y abuso de alcohol frente a las mujeres?; ¿Cuáles son las diferencias en las tasas de prevalencia del trastorno de uso y abuso de alcohol entre personas mayores de diferentes culturas?; ¿Cómo afecta a los resultados de los diferentes estudios las metodologías empleadas (muestras, instrumentos de evaluación empleados entre otros)?.

## MÉTODO

Se revisaron los estudios publicados en los últimos 10 años (enero de 2008 - noviembre 2018), siguiendo los ítems de la declaración PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Artículos en inglés y español
- Que incluyan personas mayores de 65 años
- Estudios de prevalencia de uso y abuso de alcohol



- Estudios de prevalencia de uso y abuso de sustancias que incluyan alcohol

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Estudios de comorbilidad con otros trastornos
- Revisiones y metaanálisis

Se han utilizado distintas bases de datos y motores de búsqueda, que son Pubmed, PsichInfo, Psyke, Psicodoc y Medline. En la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave: “elderly”, “aged”, “prevalence”, “epidemiology”, “alcohol abuse”, “alcohol use disorder”, “alcohol dependence”, “alcoholism”, “alcohol drinking”, “prevalencia”, “abuso de alcohol” y “tercera edad”, todos ellos elegidos a través de la herramienta Mesh o el Tesaurus correspondiente de cada buscador. También se han incluido artículos encontrados mediante búsqueda manual por estar relacionados con los artículos encontrados. Para limitar la búsqueda, se descartaron tesis o libros y aquellos trabajos de los cuales sólo se disponía del abstract ya que no aportaban suficiente información.

## RESULTADOS

Del total de 1.472 artículos encontrados, se consideraron potencialmente relevantes un total de 43 artículos. De los artículos restantes, 1.269 artículos fueron descartados por tener objetivos diferentes, 52 por estar publicados en idiomas distintos a inglés o español, 68 por no incluir en su muestra a personas mayores de 65 años, 12 por duplicidad al revisar diferentes bases de datos, y 28 por aportar información insuficiente. En cuanto a los 43 artículos potencialmente relevantes, 5 fueron descartados por no diferenciar los resultados por grupos de edad, 5 por ser estudios de comorbilidad y 5 por ser estudios de revisión. Finalmente fueron seleccionados 30 artículos para su revisión (tabla 1). En la figura 1 aparece el árbol que recoge el proceso de selección de los artículos.

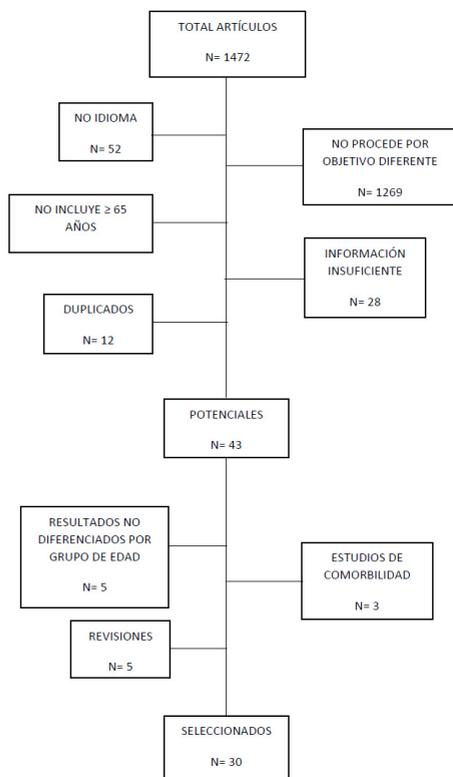
En el Anexo 1 aparecen reflejados de manera más detallada los 30 artículos seleccionados para la revisión. Están ordenados según la fecha de publicación del artículo y orden alfabético de los autores.

**Tabla 1.** Relación de artículos encontrados y seleccionados, según base de datos y tipo de texto

| Base de datos     | Artículos encontrados | Artículos excluidos* | Artículos relevantes |
|-------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pubmed            | 1115                  | 1100                 | 15                   |
| PsichInfo         | 265                   | 258                  | 7                    |
| Psyke             | 26                    | 26                   | 0                    |
| Psicodoc          | 1                     | 0                    | 1                    |
| Medline           | 60                    | 57                   | 3                    |
| Búsqueda manual** | 5                     | 1                    | 4                    |
| Total             | 1472                  | 1440                 | 30                   |



**Figura I. Proceso de selección de los artículos**



De los 30 artículos seleccionados, el 50% está representado por el continente americano, en los que Estados Unidos tiene un importante peso (36,66%); también se encuentran estudios de Brasil (10%) y de Méjico (3,33%). Por otro lado, 8 estudios incluyen países europeos (26,66%), entre los que se encuentran 3 estudios que incluyen población de varios países a la vez (Hu et al., 2015; Bosque-Prous et al., 2017; Muñoz et al., 2018). El resto de países europeos incluidos son España, Bélgica y Reino Unido, cada uno supone un 3,33% de los trabajos, y Suecia que representa un 6,66%. Asia y

Oceanía representan cada uno un 10% de los estudios incluidos, aportando Australia 2 trabajos y el resto de países (Nueva Zelanda, China, Corea y Singapur) un solo trabajo. El continente menos representado es África, con un estudio sudafricano (Peltzer y Phaswana-Mafuya, 2013).

En cuanto al tamaño de la muestra y su procedencia, destaca que los estudios con una muestra más amplia no especifican la cantidad de participantes pertenecientes a cada grupo de edad (McClure et al., 2013; Esser et al., 2014; Harrison et al., 2016; Thompson et al., 2017). Por otro lado, el estudio de Lin et al. (2011) incluye únicamente adultos mayores de 65 años y trabajan con una muestra de 8.205 personas, siendo la muestra más amplia formada por este grupo de edad. Otras muestras interesantes son las de Hu et al. (2015) (28.783 personas, 45-69 años) y Bosque-Prous et al. (2017) (65.955 personas,  $\geq 50$  años), que, aunque no dividen la muestra por grupos de edad, sigue siendo muy amplia en ambos casos e incluyen exclusivamente adultos mayores, por lo que, junto con el trabajo de Lin et al. (2011) constituyen una amplia selección de sujetos que pertenecen a la tercera edad.

El 46,66% de los estudios utilizan muestras de adultos mayores ( $\geq 50$  años), excepto el estudio de Hu et al. (2015), que utiliza una muestra restringida a adultos de 45 a 69 años. Otra gran parte de los estudios (40%) se basan en muestras de población general ( $\geq 18$  años). El resto de trabajos (13,33%) utilizan muestras de pacientes, ingresados en algún momento puntual (Rosón et al., 2010) o procedentes de bases de datos de pacientes en consultas médicas (Harrison et al., 2016; Thompson et al., 2017). En el estudio de Sacco et al., (2009) utilizan muestras



de pacientes consumidores de alcohol o con problemas relacionados con él. También se incluyen dos estudios de cohortes (Waern et al., 2014; Kelfve y Ahacic, 2015). Si se tiene en cuenta la edad de inicio de los participantes, la mayoría de los estudios incorporan participantes desde la adolescencia (con un mínimo de 14 años; 33,33%, n= 10), o mayores de 65 años (con una edad de inicio máxima de 77 años; 30%, n=9). Las muestras de participantes de mayor edad proceden de los estudios de Waern et al. (2014), donde seleccionan a los participantes según el año de nacimiento en dos cohortes y todos tienen 75 años, y el estudio de Kelfve y Ahacic (2015) donde seleccionan en tres cohortes a participantes que tengan al menos 77 años (incluyendo personas de hasta 101 años).

El 73,33% (n= 22) de los trabajos obtienen su muestra a partir de estudios o encuestas previas, siendo los más utilizados el National Epidemiologic Survey of Alcohol Related Conditions (2001-2002) (13,33%; n= 4) y el National Survey on Drug Use and Health (2005-2006) (10%; n= 3), ambos formados con datos de población general de Estados Unidos a partir de 18 y 50 años respectivamente.

Para evaluar los problemas con el alcohol, los instrumentos de evaluación más utilizados fueron las entrevistas abiertas (30%; n= 9) donde estudian el patrón de consumo, frecuencia, cantidad, tipo de bebida, etc. Por otra parte, destaca el uso de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental, 1997; n=4) e instrumentos que evalúan específicamente los problemas con el alcohol, como son el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT, Saunders et al.,

1993; n=4), la Evaluación General del Alcoholismo Crónico (CAGE, Ewing, 1984; n=4) y la Entrevista de Trastornos por Consumo de alcohol y Discapacidades Asociadas (AUDADIS-IV, Grant et al, 2001; n=4). En cuanto a criterios diagnósticos destaca el uso del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición; APA, 1994; n=13), el cual representa el 43,33% de los criterios de clasificación, el 6,66% (n=2) utiliza criterios CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima edición, Organización Mundial de la Salud, 1992), y dos estudios utilizan el DSM-III-R (APA, 1987) y el DSM-IV-TR (APA, 2000) respetivamente (3,33% cada uno). Llama la atención la alta proporción de estudios que no especifican ningún manual diagnóstico (43,33%, n=13). Estos datos sugieren que no hay uniformidad en los estudios a la hora de medir el consumo del alcohol o diagnosticar trastornos por consumo y por lo tanto hay que ser cautos a la hora de comparar los resultados de los mismos.

Es importante destacar que dos estudios (Hoeck y Van Hal, 2012; Muñoz et al., 2018) utilizan instrumentos de medida que resultan más sensibles para medir el consumo de alcohol en personas mayores, como son el cuestionario CAGE65+ (Hoeck y Van Hal, 2012) que es una versión del cuestionario original que resulta más sensible para detectar consumo problemático de alcohol en personas mayores al bajar el umbral a 1 o más respuestas positivas al cuestionario, frente a 2 en la versión original, y la CIDI65+ (Wittchen et al., 2014), que ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas para evaluar a personas mayores de 65 años. Por otro lado, Towers et al. (2011) hacen una comparativa entre la información



sobre el consumo de alcohol que ofrece el AUDIT-C (Bush et al., 1998) con sus valores de umbral para población general ( $\geq 3$ ), con umbrales específicos para personas mayores ( $\geq 4$ ) y umbrales ajustados por sexos ( $\geq 4$  en hombres y  $\geq 3$  en mujeres).

En relación al tipo de alteración que estudian, el 43,33% de los artículos ( $n=13$ ) mide exclusivamente alcohol, ya sea uso/consumo, trastorno por consumo (incluyendo abuso y/o dependencia), abuso o dependencia como criterios independientes, bebida de riesgo, problemas relacionados con el alcohol, etc. El resto de trabajos miden también, exclusivamente o en combinación, trastornos depresivos ( $n=8$ ), uso de drogas ilícitas o fármacos con uso no médico (se incluye también dentro de esta categoría el tabaco;  $n=8$ ), otros trastornos mentales ( $n=4$ ), demencia, trastornos neurocognitivos o cerebrovasculares ( $n=2$ ) y variables de salud (enfermedades crónicas, diabetes, hipertensión, restricciones funcionales, discapacidad, etc.;  $n=10$ ). Estos resultados muestran que más de la mitad de los estudios seleccionados (56,66%) toman en consideración otras variables, no sólo el consumo de alcohol, lo que puede sugerir que es un problema asociado al consumo de otras sustancias o a condiciones médicas que han de ser tenidas en cuenta a la hora de estudiar trastornos de uso o abuso de alcohol.

En cuanto a las medidas de prevalencia que proporcionan los estudios, 20 artículos (66,66%) ofrecen solo un tipo de prevalencia (19 último año y 1 actual), 8 estudios (26,66%) ofrecen 2 medidas de prevalencia y 2 estudios (6,66%) ofrecen 3 medidas de prevalencia, por lo tanto, lo más habitual en los estudios seleccionados son las medidas de prevalencia anual (63,33%).

A continuación, se señalan las tasas de prevalencia encontradas en los estudios seleccionados para la revisión, las cuales se presentan resumidas en el Anexo I. Los datos se detallarán en función del tipo de prevalencia que explican, es decir, vital, en los últimos 12 meses y en la actualidad.

## Prevalencia vital

La prevalencia vital de los trastornos de uso y abuso de alcohol en las personas mayores presenta tasas muy heterogéneas. En este caso, según los datos que arrojan los investigadores, cabría señalar 4 rangos de prevalencias. En primer lugar, se encuentran tasas de prevalencia de trastorno por consumo entre el 8,8% y 20%. En cuanto al abuso, se encuentran tasas entre el 8,3% y 10,8%. En el caso de la dependencia, encuentran tasas entre el 0,9% y 2,3%. Por último, cabría hacer mención de los datos encontrados por algunos estudios en los cuales los investigadores no hacen distinción entre el abuso y la dependencia, y por tanto arrojan tasas de prevalencia comunes que oscilan entre el 9% y el 63%. Estos resultados reflejan la discrepancia entre los datos y la heterogeneidad de los estudios mencionada anteriormente, poniendo de relieve la importancia que tiene el hecho de establecer unos criterios diagnósticos de referencia.

Si bien estos resultados se expresan en cuanto a los valores mínimos y máximos encontrados a lo largo de la revisión, cabe señalar que en el estudio de Muñoz et al. (2018) los investigadores encuentran tasas de prevalencia vital de trastorno por consumo y abuso más elevadas en la ciudad de Ginebra (14,1% y 13,6% respec-



tivamente) y de dependencia mayor en Londres (3,8%). Por otro lado, también es interesante destacar las tasas de prevalencia de dependencia halladas en población rural en China, donde la tasa en los hombres supera en este caso el 7% (4% total, 7,5% en hombres y 1% en mujeres) (Xiang et al., 2009).

### **Prevalencia en los últimos 12 meses**

En el caso de las tasas de prevalencia anual, nuevamente se encuentran datos heterogéneos dentro de cada trastorno señalado por los investigadores, en primer lugar, en cuanto al trastorno por consumo, se encuentran datos entre el 0,7% y 5,2%; de abuso entre 0,5% y 5%; y de dependencia entre 0,2% y 4%. Si bien las diferencias entre las tasas mínimas y máximas encontradas en la prevalencia anual siguen reflejando la discrepancia entre los estudios, no son diferencias tan notables como en el caso de la prevalencia vital. Nuevamente un estudio estima la tasa de prevalencia de abuso y dependencia conjuntamente, en este caso en un 4%.

El estudio de Muñoz et al. (2018) encuentran también tasas de prevalencia anual de trastorno por consumo más elevadas en Ginebra (9,1%) y de abuso en Londres (8,8%). Llama la atención que, en la prevalencia anual, las tasas mínimas encontradas (0,7%, 0,5% y 0,2%) proceden del mismo estudio, realizado en población australiana (Teesson et al., 2010). Por último, destaca la prevalencia anual de la dependencia encontrada en hombres en el estudio coreano de Kim et al. (2009), superando el 7% (7,31%).

### **Prevalencia actual (último mes)**

Para finalizar, sólo un estudio (Muñoz et al., 2018) muestra datos de prevalencia actual de trastorno por consumo y abuso, en este caso se estiman en 1,1% y 1,2%.

Nuevamente, tal y como ha ocurrido en los casos anteriores, estos investigadores encuentran tasas de prevalencia más elevadas en Ginebra (trastorno por consumo, 4,9%) y Londres (abuso, 4,3%).

## **DISCUSIÓN**

El objetivo principal de este trabajo ha sido revisar de manera sistemática los estudios de prevalencia acerca de los trastornos de uso y abuso de alcohol en las personas mayores de 65 años a nivel mundial. Como se ha comentado, sólo dos estudios han utilizado instrumentos sensibles para esta población: Muñoz et al. (2018) utilizan la CIDI65+ y Hoeck y Van Hal (2012) el CAGE65+. De todos los estudios revisados, Muñoz et al. (2018) encuentra las tasas de trastorno por consumo de alcohol (DSM-IV-TR) en el último año más elevadas (5,2%), lo que puede deberse a que la CIDI65+ puede mostrar mayor sensibilidad para evaluar a personas mayores. Muñoz et al. (2018) evalúan personas mayores de 65 años de diferentes países europeos donde encuentran tasas de prevalencia muy dispares según la zona donde se encuentre el país, siendo los países del centro y norte de Europa los que obtienen tasas de prevalencia mayores frente a los países mediterráneos, hecho que los investigadores explican por el tipo de bebida consumido. En este caso, los países del centro y norte de Europa



tienden al consumo de bebidas destiladas, las cuales contienen una mayor proporción de alcohol, frente al consumo de vino en los países mediterráneos (Muñoz et al., 2018). Lo mismo ocurre en otros países, como es el caso de Rusia, donde el consumo problemático de alcohol es mayor y se consume principalmente los destilados, frente a países como República Checa y Polonia, donde mayoritariamente beben cerveza (Hu et al., 2015). Otro motivo por el cual los resultados del trabajo de Muñoz et al. (2018) resultan de gran relevancia es porque se incluye personas mayores de 80 años, intentando mantener la proporción entre hombres y mujeres. Esto resulta especialmente interesante ya que lo habitual es que los estudios de prevalencia no incluyan población mayor, y menos aún de tan avanzada edad, y en su mayoría utilizan principalmente mujeres, ya que tienen mayor esperanza de vida y es más fácil incluirlas en los estudios frente a hombres muy mayores, por lo tanto se consideran los resultados de este trabajo como representativos de los trastornos por consumo de alcohol en la población mayor y un punto de partida para futuras investigaciones en esta población.

Otro aspecto en el que difieren muchos de los estudios revisados es en los criterios diagnósticos utilizados para determinar el tipo de trastorno. En esta revisión se han encontrado estudios que utilizan como manuales diagnósticos DSM-III-R (Xiang et al., 2009), DSM-IV (Castro-Costa et al., 2008; Falk et al., 2008; Blazer y Wu, 2009a; Blazer y Wu, 2009b; Kim et al., 2009; Sacco et al., 2009; Lopes et al., 2010; Teesson et al., 2010; Blazer y Wu, 2011; Lin et al., 2011; Esser et al., 2014;

Borges et al., 2014; Grant et al., 2017), DSM-IV-TR (Muñoz et al., 2018) y CIE-10 (Rosón et al., 2010; Peltzer y Phaswana-Mafuya, 2013); , por lo que también se dificulta por ese lado la unidad entre los posibles diagnósticos.

Resulta interesante comparar entre sí los estudios que utilizan el mismo instrumento de evaluación. En este sentido, donde se encuentra una mayor homogeneidad en los resultados es en las medidas de trastorno por consumo anuales con el AUDADIS-IV, donde encuentran prevalencias del 1,5% (Falk et al., 2008; Lin et al., 2011; Grant et al., 2017). Si se comparan estas tasas con las obtenidas con la CIDI 65+ (Muñoz et al., 2018), se puede observar que son bastante más bajas, lo que puede indicar que se está subestimando los trastornos de uso y abuso de alcohol en personas mayores al no utilizar instrumentos más sensibles. Siguiendo en esta tesitura se encuentran tasas de prevalencia notablemente más bajas en personas mayores de Australia (Teesson et al., 2010), evaluadas con la CIDI (0,5%, 0,2% y 0,7% respectivamente). No sólo se encuentran tasas de prevalencia dispares entre estudios que utilizan distintos instrumentos de evaluación, sino que también es notable una heterogeneidad dentro de los estudios que utilizan los mismos instrumentos (CAGE: Lopes et al., 2010; Hoeck y Van Hal, 2012; Hu et al., 2015; Ong et al., 2016; AUDIT: Kim et al., 2009; Rosón et al., 2010; Towers et al., 2011; Bosque-Prous et al., 2017), este hecho puede indicar que hay otras variables que han de tenerse en cuenta para homogeneizar los resultados, como plantear adecuadamente qué se está midiendo y medir los problemas de consumo bajo los mismos criterios diagnósticos.



En cuanto a la pregunta de si son más prevalentes los trastornos de uso y abuso de alcohol entre las personas de 65-74 años que entre las personas de 75 años en adelante, algunos estudios destacan que existe una correlación negativa entre la edad y los trastornos de uso y abuso de alcohol (Harrison et al., 2016; Ong et al., 2016; Bosque-Prous et al., 2017; Thompson et al., 2017), reduciéndose el consumo de alcohol a medida que nos alejamos de los 65 años, habiendo una diferencia notable entre las personas de 65 años y las mayores de 85 años.

Cabe destacar los estudios que comparan el consumo de alcohol en diferentes cohortes Waern, et al. (2014) y Kelfve y Ahacic (2015), donde llama la atención el aumento del consumo de la cohorte más joven respecto de la anterior, destacando el aumento en las mujeres de la segunda cohorte del estudio de Waern et al. (2014), que pasan de un consumo de riesgo del 0,6% al 10,4%. También merece una mención en este sentido el estudio de Grant et al., (2017), donde encuentran resultados similares al comparar datos del mismo estudio (NESARC) medidos con 11 años de diferencia. Este tipo de estudios dan una visión a largo plazo de lo que ocurre con ciertos fenómenos en la misma población a largo del tiempo y comparar los cambios que experimentan las nuevas generaciones.

Respecto a la pregunta qué riesgo tienen los hombres de sufrir un trastorno de uso y abuso de alcohol frente a las mujeres, en primer lugar, se han encontrado diferencias en la degradación del alcohol en el organismo entre hombres y mujeres, teniendo las mujeres valores más bajos de alcohol deshidrogenasa, por lo que lo degradan más lentamente y aumenta su concentración de alcohol en sangre (Milic et al., 2018). También

sufren en mayor medida las consecuencias del consumo de alcohol, especialmente en la tercera edad, donde sufren otros cambios corporales y endocrinos debidos a la menopausia, aumentando su vulnerabilidad (Milic et al., 2018). Estos factores pueden influir en que las mujeres consuman menos alcohol que los hombres en edad avanzada, lo cual se refleja en las tasas de prevalencia que se han encontrado en la presente revisión, siendo significativamente más bajas en mujeres que en hombres.

En algunas ocasiones, el menor consumo de alcohol en mujeres tiene que ver con factores culturales, donde no siempre está bien visto que las mujeres consuman este tipo de bebidas, como es el caso de Corea (Kim et al., 2009), donde se estiman prevalencias de abuso de alcohol en mujeres del 0,48% (frente al 4,98% en hombres), y de dependencia del 0,24% (frente al 7,31% en hombres) (Kim et al., 2009). Por otro lado, destaca el estudio de McClure et al. (2013) donde encuentran que las mujeres que viven en Florida consumen más alcohol que las mujeres del resto de Estados Unidos. Estos resultados siguen en la línea de las diferencias debidas al ambiente, ya que en esta ciudad se concentra un gran número de personas mayores y podría haber más laxitud en el consumo de alcohol u otras sustancias en este colectivo que en otros lugares del país.

En relación a las diferencias en las tasas de prevalencia del trastorno de uso y abuso de alcohol entre personas mayores de diferentes culturas, uno de los factores culturales encontrados, que ya se ha mencionado anteriormente, es el tipo de bebida consumido, el cual afecta a la prevalencia de los problemas relacionados con el consumo (Hu et al., 2015; Muñoz et al., 2018). Por lo tanto, la cul-



tura no sólo condiciona a las personas a beber en determinados momentos o asociados a un consumo social (McClure et al., 2013), sino que también condiciona el tipo de bebidas que consume su población. También condiciona lo que se considera adecuado beber en función de tu género, lo que puede ser un factor de protección para el caso de las mujeres, pero un factor de riesgo en los hombres, donde se puede considerar no sólo normal sino adecuado y deseable un consumo continuado y abundante de bebidas alcohólicas.

Una de las limitaciones encontradas a lo largo de la revisión es que la mayoría de los estudios están realizados en población estadounidense, hecho que puede influir en los datos de prevalencia al compartir la cultura y los hábitos en la bebida. Otro inconveniente que se ha encontrado es la diversidad de instrumentos de evaluación que emplean los investigadores, lo que dificulta tener una medida clara y uniforme en los distintos estudios de prevalencia. Además, muchos de los instrumentos utilizados no están específicamente diseñados para evaluar a personas mayores, lo que constituye una desventaja a la hora de detectar los problemas de consumo en las personas mayores.

## CONCLUSIONES

La cultura juega un papel relevante en los trastornos de uso y abuso de alcohol en las personas mayores, pudiendo en algunos casos normalizar el consumo de alcohol y minimizando los riesgos que causa un consumo continuado de esta sustancia, además de condicionar el tipo de bebida que se consume. Por lo tanto, interesa romper con estos mitos sobre el consumo de alcohol y otras sustancias, como puede ser el tabaco, para

que cese la normalización de su consumo y se normalicen otras conductas como acudir a los servicios de salud y de salud mental.

La cultura también interacciona con otra variable como es el género. En este caso, el género influye en cómo percibe la sociedad el consumo de alcohol, en lo que resulta deseable o indeseable, incluso en lo que está permitido y lo que no. En general se observa menor consumo de alcohol en mujeres, encontrando culturas que juzgan severamente a aquellas mujeres que lo hacen.

Por último, dentro del colectivo de personas mayores existen diferencias en el consumo de alcohol en función de la edad, lo cual podría tener que ver con la mortalidad del colectivo, deterioro a nivel cognitivo y/o funcional que le impida el acceso a bebidas alcohólicas o contacto con ambientes que propicien el consumo, internalización en instituciones o comorbilidad con otras patologías médicas que contraindiquen el consumo de alcohol.

Cabría mencionar las dificultades encontradas en la revisión, descritas en el apartado anterior, resaltando la necesidad de mejora en los procesos e instrumentos de detección para trastornos mentales en personas mayores para su detección temprana y tratamiento adecuado para proporcionarles una mejora en su calidad de vida y un envejecimiento más satisfactorio. Una de las mejoras que pueden realizarse es revisar los instrumentos de evaluación para adaptarlos a las personas mayores, ya sea aumentando su sensibilidad para la detección de problemas, como adaptando el lenguaje y la longitud para evitar los efectos del cansancio o fatiga que pueden experimentar a lo largo de las entrevistas de evaluación y teniendo en cuenta sus limitaciones físicas y/o cognitivas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ..., Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125-131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition Revised*. Washington, DC: APA, 1987.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: APA, 1994.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Pub. 2000.
- Ausín, B., Muñoz, M., Santos-Olmo, A., Pérez-Santos, E., y Castellanos, M. (2017). Prevalence of Mental Disorders in the Elderly in the Community of Madrid: Results of the Mentdis\_ICF65+ Study. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, 1-11. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.3>
- Barnes, A.J., Moore, A.A., Xu, H., Ang, A., Tallen, L., Mirkin, M., y Ettner, S.L. (2010). Prevalence and Correlates of At-Risk Drinking Among Older Adults: The Project SHARE Study. *Journal of General Internal Medicine*, 25(8), 840-846. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1341-x>
- Blazer, D.G. y Wu, L.T. (2009a). The Epidemiology of Substance Use and Disorders Among Middle Age and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 237-245.
- Blazer, D.G. y Wu, L.T. (2009b). The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults National Survey on Drug Use and Health. *American Journal of Psychiatry*, 166 (10): 1162-1169. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010016>
- Blazer, D.G. y Wu, L.T. (2011). The Epidemiology of Alcohol Use Disorders and Subthreshold Dependence in a Middle-Age and Elderly Community Sample. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 685-694. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182006a96>
- Borges, G.L.G., Meléndez, M.A.M., Brambila, M.A.L., Pacheco, J.A.G., Velasco-Ángeles, L.R., Silva, M.A.B., ..., Solís, R.C. (2014). Prevalencia y factores asociados al consume de Tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*, 37(1), 15-25.
- Bosque-Prous, M., Brugal, M.T., Lima, K.C., Villalbí, J.R., Bartroli, M., y Espelt, A. (2017). Hazardous drinking in people aged 50 years or older: a cross-sectional picture of Europe, 2011-2013. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 817-828. <https://doi.org/10.1002/gps.4528>
- Burgess, P.M., Pirkis, J.E., Slade, T.N., Johnson, A.K., Meadows, G.N., y Gunn, J.M. (2009). Service use for mental health problems: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 615-623.



- Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.B., Fihn, S.D., y Bradley, K.A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789–1795.
- Castro-Costa, E., Ferri, C.P., Lima-Costa, M.F., Zaleski, M., Pinsky, I., Caetano, R., y Laranjeira, R. (2008). Alcohol consumption in late-life: the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addictive behaviors*, 33(12), 1598-1601. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.07.004>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2013). *Alcohol and Public Health: Alcohol-Related Disease Impact (ARDI). Average for United States 2006–2010 Alcohol-Attributable Deaths Due to Excessive Alcohol Use.*
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016). 2015 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
- Choi, N.G., Kunik, M.E., y Wilson, N. (2013). Mental health service use among depressed, low-income homebound middle-aged and older adults. *Journal of Aging and Health*, 25(4), 638-655. <https://doi.org/10.1177/0898264313484059>
- Dharia, S.P. y Slattum, P.W. (2011). Alcohol, medications, and the older adult. *The Consultant Pharmacist*, 26(11), 837-844. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2011.837>
- Esser, M.B., Hedden, S.L., Kanny, D., Brewer, R.D., Gfroerer, J.C., Naimi, T.S. (2014). Prevalence of alcohol dependence among US adult drinkers, 2009-2011. *Preventing Chronic Disease*, 11, e206. <https://doi.org/10.5888/pcd11.140329>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). *Treatment and Care for Older Drug Users.* Luxembourg. Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2011). Censo de población. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/CensusHub2/>
- Eurostat. (2017). *Europe in Figures: Eurostat Yearbook 2017.* Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburgo. <https://doi.org/10.2785/257716>
- Eurostat. (2018). *Eurostat Yearbook 2018.* Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburgo. <https://doi.org/10.2785/231975>
- Ewing JA (1984) Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 252:1905–1907.
- Falk, D., Yi, H. y Hiller-Sturmhöfel, S. (2008). An Epidemiologic Analysis of Co-Occurring Alcohol and Drug Use and Disorders: Findings From the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Alcohol Research & Health*, 31(2), 100-110.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2016). Estado de la población mundial 2016. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/swop-2016>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017). Población mundial 2016. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard>



- Gázquez Linares, J. J., Pérez Fuentes, M. D. C., Lucas Acién, F., y Yuste Rossell, N. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología*, 24(2), 327-333.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Saha, T.D., Pickering, R.P., Kerridge, B.T., Ruan, W.J., ..., Hasin, D.S. (2017). Prevalence of 12-months alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results from the Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *JAMA Psychiatry*, 74(9), 911-923. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161>
- Grant, B.F., Dawson, D.A., y Hasin, D.S. (2001). *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Harrison, C., Charles, J., Miller, G.C., y Britt, H. (2016). Chronic alcohol abuse. *Australian Family Physician*, 45(12), 858.
- Hoeck, S., y Van Hal, G. (2012). Unhealthy drinking in the Belgian elderly population: prevalence and associated characteristics. *European Journal of Public Health*, 23(6), 1069-1075. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks152>
- Hu, Y., Pikhart, H., Malyutina, S., Pajak, A., Kubinova, R., Nikitin, Y., ..., Bobak, M. (2015). Alcohol consumption and physical functioning among middle-age and older adults in Central and Eastern Europe: Results from the HAPIEE study. *Age and Ageing*, 44, 84-89. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu083>
- Kelfve, S., y Ahacic, K. (2015). Bias in estimates of alcohol use among older people: selection effects due to design, health, and cohort replacement. *BMC Public Health*, 15, 769. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2114-6>
- Kim, K.W., Choi, E.A., Lee, S.B., Park, J.H., Lee, J.J., Huh, Y., ..., Woo, J.I. (2009). Prevalence and neuropsychiatric comorbidities of alcohol use disorders in an elderly Korean Population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1420-1428. <https://doi.org/10.1002/gps.2280>
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Sanches, M., Zaleski, M., y Caetano, R. (2010). Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3).
- Lin, J.C., Karno, M.P., Grella, C.E., Warda, U., Liao, D.H., Hu, P., y Moore, A.A. (2011). Alcohol, Tobacco, and Nonmedical Drug Use Disorders in U.S. Adults Aged 65 Years and Older: Data From the 2001-2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 292-299. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e898b4>
- Lopes, M. A., Furtado, E. F., Ferrioli, E., Litvoc, J., y de Campos Bottino, C. M. (2010). Prevalence of Alcohol-Related Problems in an Elderly Population and Their Association With Cognitive Impairment and Dementia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(4), 726-733. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2009.01142.x>
- McClure, L.A., Fernández, C.A., Clarke, T.C., LeBlanc, W.G., Arheart, K.L., Fleming, L.E., y Lee, D.J. (2013). Risky drinking in



- the older population: A comparison of Florida to the rest of the US. *Addictive Behaviors*, 38, 1894-1897. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.020>
- Milic, J., Glisic, M., Voortman, T., Borba, L.P., Asllanaj, E., Rojas, L.Z., ..., Franco, O.H. (2018). Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. *Maturitas*, 111, 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.006>
- Muñoz, M., Ausín, B., Santos-Olmo, A.B., Härter, M., Volkert, J., Schulz, H., ..., Andreas, S. (2018) Alcohol use, abuse and dependence in an older European population: Results from the MentDis\_ICF65+ study. *PLoS ONE*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196574>
- Ong, C.W.Y., Sagayadevan, V., Abdin, E., Sahfie, B., Jeyagurunathan, A., Eng, G.K., ..., Subramaniam, M. (2016). Screening for drinking problems in the elderly in Singapore using the CAGE Questionnaire. *Annals Academy of Medicine*, 45(10), 456-465.
- Organización Mundial de la Salud (1997). Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI). Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental. Ginebra.
- Peltzer, K., y Phaswana-Mafuya, N. (2013). Problem drinking and associated factors in older adults in South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 16(2), 104-109.
- Rosón, B., Monte, R., Gamallo, R., Puerta, R., Zapatero, A., Fernández-Solá, ..., Grupo de Estudio ASMI (2010). Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *European Journal of Internal Medicine*, 21, 458-464. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2010.04.006>
- Royal College of Psychiatrists (2018). *Our Invisible Addicts*, 2nd edition (CR211). Royal College of Psychiatrists.
- Sacco, P., Bucholz, K.K. y Spitznagel, E.L. (2009). Alcohol Use Among Older Adults in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions: A Latent Class Analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70 (6), 829-838.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791- 804.
- Scott, T., Mackenzie, C.S., Chipperfield, J.G., y Sareen, J. (2010). Mental health service use among Canadian older adults with anxiety disorders and clinically significant anxiety symptoms. *Aging & Mental Health*, 14(7), 790-800.
- Skoog, I. (2011). Psychiatric Disorders in the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7), 387-397.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2016). Binge Drinking: Terminology and Patterns of Use. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/capt/tools-learning-resources/binge-drinking-terminology-patterns>
- Teesson, M., Hall, W., Slade, T., Mills, K., Grove, R., Mewton, L., ..., Haber, P. (2010). Prevalence and correlates of DSM-IV alcohol abuse and dependence in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*, 105, 2085-2094. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03096.x>



- The ESEMeD/MHEDEA Investigators, Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T. S., ..., Vollerbergh W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Thompson, A., Wright, A.K., Ashcroft, D.M., van Staa, T.P., y Pirmohamed, M. (2017). Epidemiology of alcohol dependence in UK primary care: results from a large observational study using the Clinical Practice Research Datalink. *PLoS ONE*, 12(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174818>
- Towers, A., Stephens, C., Dulin, P., Kostick, M., Noone, J., y Alpass, F. (2011). Estimating older hazardous and binge drinking prevalence using AUDIT-C and AUDIT-3 thresholds specific to older adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 117, 211–218. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.02.008>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507–511.
- Van Montfoort-De Rave, K.F.G., De Weert-Van Oene, G.H., Beurmanjer, H., y Koekkoek, B. (2017). Late-Onset alcohol dependence: patient-reported problems. *Addiction Research & Theory*, 25(2), 139–145. <https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1233967>
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Włodarczyk, O. y Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries- a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, 339– 353.
- Waern, M., Marlow, T., Morin, J., Östling, S., y Skoog, I. (2014). Secular changes in at-risk drinking in Sweden: birth cohort comparisons in 75-year-old men and women 1976–2006. *Age and Ageing*, 43, 228–234. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft136>
- Wilson, S.R., Knowles, S.B., Huang, Q., y Fink, A. (2014). The prevalence of harmful and hazardous alcohol consumption in older US adults: data from the 2005–2008 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Journal of General Internal Medicine*, 29(2), 312–319. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2577-z>
- Wittchen, H.U., Strehle, J., Gerschler, A., Volkert, J., Dehoust, M.C., Sehner, S., ..., Da Ronch, C. (2015). Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community: the test-retest reliability of the CID165+. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 24(2), 116–129. <https://doi.org/10.1002/mpr.1455>
- Xiang, Y.T., Ma, X., Lu, J.Y., Cai, Z.J., Li, S.R., Xiang, Y.Q., ..., Ungvari, G.S. (2009). Alcohol-Related Disorders in Beijing, China: Prevalence, Socio-Demographic Correlated, and Unmet Need for Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(6), 1111–1118.



**Anexo 1.** Resumen de los artículos seleccionados para la revisión

| Autores                             | Muestra   | Edad                          | Trastornos que evalúa / Objetivos  | Instrumento                              | Criterio Diagnóstico | Resultados |  |        |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|--|--|----------------------|------------|--|--------|
|                                     |   |                               |  |  |                      | Vital      | 12 meses   | Actual |
| Castro-Costa et al. (2008), Brasil  | 3.007 participantes de la población general. (Datos procedentes del BNAS)   | ≥ 14 años (≥ 60 años = 400)   | Síndrome de abuso y dependencia de alcohol; bebida peligrosa; dos categorías: intensos y compulsivos; depresión  | Versión brasileña de la CIDI 2.1.; CES-D | DSM-IV               |            | Consumo excesivo de alcohol = 12%<br>Bebedores compulsivos = 10,4%<br>Dependientes del alcohol = 2,9%  |        |
| Falk et al. (2008), Estados Unidos  | 43.093 participantes de la población general no institucionalizada. (Datos obtenidos de la primera ola del NESARC, entre 2001 y 2002) | ≥ 18 años                     | Alcohol: consumo y diagnóstico; abuso/dependencia del alcohol (Trastorno por consumo de alcohol-TC); consumo de drogas   | AUDADIS-IV                               | DSM-IV               |            | Consumo de alcohol (población general) = 65,4%; H ≥ 65 = 55,4%; M ≥ 65 = 37,6%<br>TC (general: 8,5%); ≥ 65 años = 1,5%   |        |
| Blazer y Wu (2009a), Estados Unidos | 10.953 participantes de la población general no institucionalizada. (Datos obtenidos del NSDUH 2005 y 2006)                           | ≥ 50 años (≥ 65 años = 4.236) | Consumo de alcohol y drogas; trastornos por consumo de alcohol y drogas (abuso o dependencia); autoinforme sobre salud mental (depresión) y variables de salud | Entrevista                               | DSM-IV               |            | Consumo de alcohol durante el año anterior: Total = 59,98%; ≥ 65 años = 51,92%<br>TC entre los consumidores de alcohol durante el año anterior (≥ 50 años) = 4,97% |        |



|                                     |  |                         |   |   |        |   |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---|---|--------|---|
| Blazer y Wu (2009b), Estados Unidos | 10.953 adultos mayores de la comunidad. (Datos obtenidos del NSDUH 2005-2006)  | ≥ 50 años (≥ 65= 4.236) | Consumo de alcohol (bebedores de riesgo y bebedores excesivos); malestar psicológico                      | Entrevistas; K6-scale   | DSM-IV | Riesgo leve: H= 33,4%; M= 33,8%<br>Bebida de riesgo: H= 13,0%; M= 8,1%<br>Consumo excesivo de alcohol: H= 14,5%; M= 3,3%  |
| Kim et al. (2009), Corea            | 1.118 adultos mayores que residen en la ciudad de Seongnam, Corea. (Forma parte del KLOSHA)  | ≥ 65 años               | Trastornos por consumo de alcohol y comorbilidad con trastornos cognitivos y cerebrovasculares; depresión | AUDIT-K; GDS-K; CERAD-K; FAB; Prueba de intervalo de dígitos (Weschler) | DSM-IV | Bebida social: T=14,43%; H= 27,57%; M= 4,84%.<br>Bebida de riesgo: T= 5,74%; H= 12,62%; M= 0,73%.<br>Abuso de alcohol: T= 2,38%; H= 4,98%; M= 0,48%<br>Dependencia de alcohol: T= 3,22%; H= 7,31%; M= 0,24%.<br>Bebida problemática: T= 11,34%; H= 24,92%; M= 1,45%.<br>Depresión más asociada a la abstinencia |
| Sacco et al. (2009), Estados Unidos | 4.646 adultos mayores de la comunidad que consumen alcohol en la actualidad. (Datos obtenidos de la primera ola del NESARC, entre 2001 y 2002) | ≥ 60 años               | Abuso /dependencia de alcohol; salud autoevaluada y otros trastornos psiquiátricos                        | AUDADIS-IV  | DSM-IV | Abuso/ dependencia de alcohol= 3,9% toda la muestra<br>T. abuso y/o dependencia:<br>Grupo riesgo moderado= 23%<br>Riesgo elevado: 94%   |



|   |   |                                      |   |  |                  |   |   |  |
|---|---|--------------------------------------|---|--|------------------|---|---|--|
| <p>Xiang et al. (2009), China</p>           | <p>5.926 participantes de la población general no institucionalizada, residente en zonas urbanas y rurales de Pekín.</p>        | <p>≥ 15 años (65-74 años= I.159)</p> | <p>Uso de alcohol y consumo intenso epiléptico; dependencia de alcohol; variables de salud.</p> | <p>Entrevista individual: CIDI 1.0</p> | <p>DSM-III-R</p> | <p>Dependencia (≥65 años): T= 2,2%; H= 3,8%; M= 0,6%<br/> Población rural: T= 4,0%; H= 7,5%; M= 1,0%<br/> Población urbana: T= 1,4%; H= 2,3%; M= 0,4%</p> | <p>Uso de alcohol: T= 29,2%; H= 49,3%; M= 10,5%<br/> Población rural: T= 38,4%; H= 65,9%; M= 14,6%<br/> Población urbana: T= 25,2%; H= 42,4%; M= 8,7%<br/> Consumo esporádico intenso: T= 13,3%; H= 24,2%; M= 3,1%<br/> Población rural: T= 20,3%; H= 37,6%; M= 1,9%<br/> Población urbana: T= 10,2%; H= 18,6%; M= 2,1%<br/> Dependencia de alcohol: T= 1,4%; H= 2,3%; M= 0,4%<br/> Población rural: T= 1,7%; H= 3,1%; M= 0,5%<br/> Población urbana: T= 1,2%; H= 2,0%; M= 0,4%</p> | <p>Bebida de riesgo actual: T= 34,7%; H= 56,0%; M= 24,7%<br/> 65-69 años= 38,8%<br/> &gt;80= 27%</p> |
| <p>Barnes et al. (2010), Estados Unidos</p> | <p>3.308 participantes, pacientes de clínicas en el área de Santa Bárbara, California. (Datos obtenidos del Proyecto SHARE)</p> | <p>≥ 60 años</p>                     | <p>Bebedores de riesgo</p>  | <p>CARET</p>                           | <p>NE</p>        |   |   |  |





|                                    |  |                                |   |                      |        |   |   |
|------------------------------------|--|--------------------------------|---|----------------------|--------|---|---|
| Teesson et al. (2010), Australia   | 8.841 participantes de la comunidad residentes en viviendas particulares. (Datos obtenidos del NSMHWB 2007)        | 16-85 años (65-85 años= 1.905) | Trastornos por consumo de alcohol (abuso/ dependencia); tasas de consumo a lo largo de la vida y prevalencia en el último año; relación entre los trastornos de consumo de alcohol y uso de los servicios de salud. | Entrevista; CIDI 3.0 | DSM-IV | Abuso= 10,8%<br>Dependencia = 0,9%<br>TC= 11,7%   | Abuso= 0,5%<br>Dependencia= 0,2%<br>TC= 0,7%  |
| Blazer y Wu (2011), Estados Unidos | 16.304 adultos mayores de la población general no institucionalizada. (Datos obtenidos del NSDUH 2005-2007)        | ≥ 50 años (≥ 65 años= 6.289)   | Trastornos por consumo (abuso/ dependencia) de alcohol y dependencia subumbral; uso de drogas ilegales y drogas no médicas en el último año; episodios de depresión mayor   | NIDSS; FTND          | DSM-IV | Uso de alcohol sin síntomas= 36,4%; dependencia= 0,6%; abuso= 0,9%; dependencia subumbral= 5,2%<br>Prevalencia de trastornos por consumo en consumidores de alcohol: Uso= 84,5%; dependencia= 1,3%; abuso= 2,1%; dependencia subumbral: 12,1% | Uso de alcohol sin síntomas= 36,4%; dependencia= 0,6%; abuso= 0,9%; dependencia subumbral= 5,2%<br>Prevalencia de trastornos por consumo en consumidores de alcohol: Uso= 84,5%; dependencia= 1,3%; abuso= 2,1%; dependencia subumbral: 12,1% |
| Lin et al. (2011), Estados Unidos  | 8.205 participantes de la población general no institucionalizada. (Datos obtenidos del NESARC, entre 2001 y 2002) | ≥ 65 años                      | Trastornos por uso de sustancias (alcohol, tabaco y uso no médico de determinados medicamentos); estado de salud autopercebido.   | AUDADIS-IV           | DSM-IV | TC de alcohol= 16,1%<br>TC de cualquier sustancia= 21,1%  | TC de alcohol= 1,5%<br>TC de cualquier sustancia= 5,3%  |



|                                       |  |            |   |                           |    |  |  |
|---------------------------------------|--|------------|---|---------------------------|----|--|--|
| Towers et al. (2011), Nueva Zelanda   | 6.662 participantes procedentes de dos muestras, una de población general (N= 3.108) y otra sólo de población Maorí (N= 3.554).<br>(Datos obtenidos del HWR de 2006).  | 55-70 años | - Bebida compulsiva y peligrosa.  | AUDIT-C; AUDIT-3; ELSI-SF | NE | AUDIT-C:<br>Umbral estándar (≥3)= 56,01%; 65-70 años= 51,07%<br>- Umbral para mayores (≥4)= 42,28%; 65-70 años= 39,45%<br>- Umbral ajustado por sexo (≥4 H y ≥3 M)= 50,20%; 65-70 años= 46,26%<br>AUDIT-3 (≥1)= 33,51%; 65-70 años= 26,03% | AUDIT-3 (≥2)= 18,18%; 65-70 años= 13,53% |
| Hoeck y Van Hal (2012), Bélgica       | 3.954 adultos mayores no institucionalizados de la comunidad.<br>(Datos obtenidos del HIS 2001-2004)   | ≥ 65 años  | Consumo de alcohol (bebedor ocasional, moderado, de riesgo, intenso y problemático); estado de salud (salud, restricciones funcionales, comorbilidad, ansiedad y depresión) | CAGE; CAGE65+; SCL-90R    | NE | No bebedores- Bebedor ocasional= 50,4%; moderado= 29,1%; de riesgo= 10,4%; intenso= 4,6%; problemático= 5,5%<br>Las prevalencias aumentan al medirlas con el CAGE65+ 12,4% total (vs. 4,7% del CAGE)                                       |  |
| McClure et al. (2013), Estados Unidos | 242.451 participantes de la población general no institucionalizada.<br>(Procedentes del NHIS 1997-2010. En el presente estudio se centraron en la población general ≥ 65 años, pero no especifican el número de personas que configura dicha muestra) | ≥ 65 años  | Comparar el consumo peligroso de alcohol entre los mayores residentes en Florida con el resto del país.   | Entrevista                | NE | Prevalencia de consumo en Florida= 24,1%; Resto de EE.UU= 21,8%<br>La prev. en mujeres de florida es mayor que en el resto de EE.UU= 22,3% vs 18,1%.   |  |



|  |  |                  |  |                   |               |   |   |   |
|--|--|------------------|--|-------------------|---------------|---|---|---|
| <p>Peltzer y Phaswana-Mafuya (2013), Sudáfrica</p> | <p>2.144 adultos mayores de la población general. (Muestra obtenida de los 3.840 participantes &gt;50 años que forman parte del SAGE 2008)</p> | <p>≥ 60 años</p> | <p>Uso de alcohol; bebida de riesgo; bebedores de riesgo y compulsivos; consumo de tabaco; actividad física; estado general de salud; limitaciones en la actividad; síntomas depresivos u otras condiciones médicas como diabetes o hipertensión</p> | <p>GPAQ; CIDI</p> | <p>CIE-10</p> | <p>Consumidores de alcohol a lo largo de la vida= 23,7%</p> | <p>Bebedores de riesgo (&gt;7 bebidas/ semana) = 4%<br/>Bebedores compulsivos (&gt;3 bebidas/ en una ocasión/ semana) = 3,7%</p>  | <p>Consumidores de alcohol en la actualidad = 10,7%</p>   |
| <p>Esser et al. (2014), Estados Unidos</p>         | <p>138.100 participantes de la población general no institucionalizada. (Datos obtenidos del NSDUH 2009-2011)</p>                              | <p>≥ 18 años</p> | <p>Patrones de consumo; dependencia de alcohol</p>   | <p>Entrevista</p> | <p>DSM-IV</p> | <p>Consumo= 51,1%; dependencia= 0,7%</p>                    | <p>Consumo excesivo= 11,5%<br/>Bebida compulsiva= 9,7%<br/>Prevalencias de dependencia al alcohol:<br/>Bebedores excesivos= 5,6%; compulsivos= 5,3%; no compulsivos= 0,5%</p> | <p>Consumo excesivo= 11,5%<br/>Bebida compulsiva= 9,7%<br/>Prevalencias de dependencia al alcohol:<br/>Bebedores excesivos= 5,6%; compulsivos= 5,3%; no compulsivos= 0,5%</p> |



|                                      |  |           |  |            |        |   |   |
|--------------------------------------|--|-----------|--|------------|--------|---|---|
| Borges et al. (2014), Méjico         | 2.501 adultos mayores residentes en Distrito Federal y beneficiarios del programa de pensión alimentaria. (Datos obtenidos del programa llevado a cabo por el IAAM-DF) | ≥ 69 años | Consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y drogas médicas sin prescripción.                     | ENA-2011   | DSM-IV | Consumo de alcohol alguna vez en su vida= 65,3%<br>Consumo de riesgo= 27,1%=<br>Abuso o dependencia de alcohol= 9%  | Consumo de alcohol en el último año= 32,3%<br>Consumo de riesgo= 15,8%<br>Abuso o dependencia de alcohol= 1,2%  |
| Waern et al. (2014), Suecia          | 1.056 adultos mayores residentes de Gothenburg, procedentes de:<br>Cohorte 1 (1976-77).<br>Nacidos en 1901-02)= 303; Cohorte 2 (2005). Nacidos en 1930)= 753           | 75 años   | Consumo de alcohol de riesgo (Definida como > 100 g/ semana) para comparar las dos cohortes        | Entrevista | NE     | Consumo de riesgo en Cohorte 1: H= 19,3%; M= 0,6%<br>Consumo de riesgo en Cohorte 2: H= 27,4%; M= 10,4%   | Consumo de riesgo en Cohorte 1: H= 19,3%; M= 0,6%<br>Consumo de riesgo en Cohorte 2: H= 27,4%; M= 10,4%   |
| Wilson et al. (2014), Estados Unidos | 2.593 adultos mayores de la población general no institucionalizada. (Datos obtenidos del NHANES 2005-2008)  | ≥ 65 años | Consumo de alcohol nocivo y peligroso en mayores de 65 años y los riesgos para la salud asociados. | ARPS       | NE     | 19,1% H vs. 12,6% de M se clasificaron como bebedores peligrosos. Al menos 1 bebida durante el último año= 46,4%<br>Consumo nocivo= 37,4%<br>Consumo nocivo o peligroso= 53,3%<br>Al menos 1 episodio de bebida compulsiva (atracones)= 11,7%<br>Consumo por encima de las recomendaciones de la NIAAA= 14,5%<br>Consumo una vez o menos/ semana= 57%<br>Bebe a diario o casi todos los días= 17,9% | 19,1% H vs. 12,6% de M se clasificaron como bebedores peligrosos. Al menos 1 bebida durante el último año= 46,4%<br>Consumo nocivo= 37,4%<br>Consumo nocivo o peligroso= 53,3%<br>Al menos 1 episodio de bebida compulsiva (atracones)= 11,7%<br>Consumo por encima de las recomendaciones de la NIAAA= 14,5%<br>Consumo una vez o menos/ semana= 57%<br>Bebe a diario o casi todos los días= 17,9% |



|  |   |            |  |   |    |   |
|--|---|------------|--|---|----|---|
| Hu et al. (2015), Rusia, Polonia y República Checa | 28.783 participantes de la población general no institucionalizada. (Datos obtenidos del HAPIEE 2002-2005)                            | 45-69 años | Consumo de alcohol y su asociación con limitaciones físicas  | CAGE; GF; PF-10                         | NE | República Checa (N= 8.773): Consumo problemático= 5,2%<br>Rusia (N= 9.301): Consumo problemático= 9,5%<br>Polonia(N= 10.709): Consumo problemático= 4,8%                          |
| Kelfve y Ahacic (2015), Suecia                     | 2.022 adultos mayores de la población general, procedentes del estudio de 3 cohortes: 1992, 2002 y 2011. (Datos obtenidos del SWEOLD) | ≥ 77 años  | Consumo de alcohol y su frecuencia (ocasional, mensual o semanal); variables de salud                                    | Entrevista (principalmente telefónicas) | NE | Consumidores= 64%; consumo ocasional= 37,9%; mensual= 29,1%; semanal= 32,9%<br>% de personas que consumen y bebedores regulares en cada cohorte<br>% de consumidores con la edad, |
| Hamison et al. (2016), Australia                   | 161.513 pacientes de medicina general. (Datos obtenidos del BEACH 2010-2015)  | ≥ 18 años  | Consumo excesivo crónico de alcohol en pacientes de consultas de práctica general  | NE                                      | NE | 65-74 años ≈ 2,6% (> consumo de 25-44 años)<br>≥ 75 años = 0,5%   |
| Ong et al. (2016), Singapur                        | 2.565 adultos mayores residentes en Singapur. (Datos obtenidos del WISE)  | ≥ 60 años  | Uso de alcohol; depresión; síntomas de ansiedad; obesidad; consumo de tabaco; trastornos físicos crónicos y discapacidad | CAGE; GMS; WHODAS-II                    | NE | Bebida problemática= 4,2%; 60-74 años= 4,67%; 75-84 años= 3,03%; ≥85 años= 1,25%  |



|  |   |                  |   |  |               |   |  |
|--|---|------------------|---|--|---------------|---|--|
| <p>Bosque-Prous et al. (2017), Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Portugal, España, Eslovenia, Suecia, Suiza e Israel</p> | <p>65.955 adultos mayores residentes en los países participantes en el estudio. (Datos obtenidos del SHARE).</p>                      | <p>≥ 50 años</p> | <p>Consumo peligroso de alcohol; consumo de tabaco; depresión; enfermedades o condiciones crónicas y salud autopercibida</p>  | <p>AUDIT-C; EURO-D</p>                               | <p>NE</p>     | <p>Hombres: 50-64 años = 29,6%; ≥65 años = 22,2%<br/>(Diferencia estadísticamente significativa)<br/>Mujeres: 50-64 años = 17,9%; ≥65 años = 17,0%<br/>(No diferencia estadísticamente significativa)</p>   |  |
| <p>Grant et al. (2017), Estados Unidos</p>   | <p>43.093 participantes de la población general, procedentes del NESARC 2001-2002 y 36.309 participantes del NESARC III 2012-2013</p> | <p>≥ 18 años</p> | <p>Comparar cambios en prevalencia en el último año de: consumo de alcohol, bebida de alto riesgo, trastorno por consumo de alcohol (DSM-IV), trastorno por consumo de alcohol entre los consumidores de alcohol y bebedores de alto riesgo</p> | <p>AUDADIS-IV en NESARC; AUDADIS-V en NESARC-III</p> | <p>DSM-IV</p> | <p>Uso de alcohol:<br/>NESARC = 45,1%; NESARC III = 55,2%; Cambio = ↑22,4%<br/>Consumo de alto riesgo: NESARC = 2,3%; NESARC III = 2,8%; Cambio = ↑65,2%<br/>TC (DSM-IV): NESARC = 1,5%; NESARC III = 3,1%; Cambio = ↑106,7%<br/>TC en consumidores de alcohol en el último año: NESARC = 3,2%; NESARC III = 5,6%; Cambio = ↑75%<br/>TC en bebedores de alto riesgo en el último año: NESARC = 19,8%; NESARC III = 31,3%; Cambio = ↑58,1%</p> |  |



|   |   |            |  |               |           |   |   |   |
|---|---|------------|--|---------------|-----------|---|---|---|
| Thompson et al. (2017), Reino Unido                                       | 128.174 pacientes de medicina general. (Pacientes con dependencia al alcohol, obtenidos de la base de datos CPRD) | ≥ 16 años  | Tasa incidencia anual y prevalencia de dependencia al alcohol (entre 1990 y 2013)  | NE            | NE        | Tasa prevalencia anual/ 10.000:<br>Hombres: 65-74= 11,6; ≥75= 4,0<br>Mujeres: 65-74= 4,3; ≥75= 1,4  | Abuso: Prevalencia Total= 8,3%; ↑Prevalencia Ginebra= 13,6%<br>Dependencia: Prevalencia Total= 2,3%; ↑Prevalencia Ginebra= 3,8%<br>TC: Prevalencia total= 8,8%; ↑prevalencia Ginebra= 14,1% | Abuso: Prevalencia Total= 1,2%; ↑Prevalencia Ginebra= 4,3%<br>TC: Prevalencia total= 1,1%; ↑prevalencia Ginebra= 4,9% |
| Muñoz et al. (2018), Alemania, Italia, Inglaterra, España, Suiza e Israel | 3.142 adultos mayores que viven en la comunidad. (Estudio MentalDisorders, JCF-65+)                               | 65-84 años | Patrones de consumo de alcohol; prevalencia de consumo actual, en el último año y a lo largo de la vida de abuso, dependencia y trastorno por consumo de alcohol | CIDI65+; MMSE | DSM-IV-TR | Abuso: Prevalencia Total= 1,2%; ↑Prevalencia Ginebra= 2,8%<br>Dependencia: Prevalencia Total= 1,2%; ↑Prevalencia Ginebra= 2,8%<br>TC: Prevalencia total= 5,2%; ↑prevalencia Ginebra= 9,1% |   |   |

**Instrumentos:** CIDI: Composite International Diagnostic Interview; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; AUDADIS-IV: Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule; K6: scale; Kessler Psychological Distress Scale; AUDIT-K: versión coreana del AUDIT; GDS-K: versión coreana del GDS- Geriatric Depression Scale; CERAD-K: batería de evaluación neuropsicológica; FAB: Batería de evaluación frontal; CARET: Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool; CAGE: Chronic Alcoholism General Evaluation; MMSE: Mini Mental State Examination; FOME: Full Object Memory Evaluation; IQCODE: Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly; B-ADL: Bayer-Activities for Daily Living Scale; CAMDEX: Cambridge Examination; AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test- Consumption (versión abreviada); SIAC: Systematic Inventory of Alcohol Consumption; NDSS: Nicotine Dependence Syndrome Scale; FTND: Fagerstrom Test of Nicotine Dependence; ELSI-SF: Economic Living Standards Index-Short Form; CAGE65+: Define problemas con la bebida cuando se contesta una sola pregunta positivamente (1/4), frente a 2 en el CAGE (2/4); SCL-90R: Symptom Checklist-90 revised; GPAQ: General Physical Activity Questionnaire; ARPS: Alcohol-related Health Risk Education System (for use in screening older patients for potentially hazardous and harmful alcohol); ENA-2011: Encuesta Nacional de Adicciones 2011; GF questionnaire: Graduated Frequency questionnaire; PF-10: Physical Functioning (del Short-Form-36); GMS: Geriatric Mental State; WHODAS-II: WHO Disability Assessment Schedule-II; EURO-D: Depression scale; CIDI65+: Entrevista diagnóstica sensible a la edad.

**Estudios:** BNAS: Brazilian National Alcohol Survey; NESARC: National Epidemiologic Survey of Alcohol Related Conditions; NSDUH: National Survey on Drug Use and Health; KLOSHA: Korean Longitudinal Study on Health and Aging; Proyecto SHARE: Senior Health and Alcohol Risk Education; NSMHWB: National Survey of Mental Health and Wellbeing; HWHR: Health, Work and Retirement Longitudinal Study; HIS: Belgian Health Interview Survey; SAGE: Study of Global Aging and Adult Health; NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey; IAAM+DF: Instituto para la Atención del Adulto Mayor del Distrito Federal; HAPEIE: Health, Alcohol and Psychosocial factors in Eastern Europe; SWEOLD: Swedish Panel Study of Living Conditions of Oldest Old; BEACH: Bettering the Evaluation and Care of Health; WISE: Well-being of the Singapore Elderly; SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe; CPRD: Clinical Practice Research Datalink.

**Otros:** NE: No especificado; TC: Trastorno por consumo; T: Total; H: Hombre; M: Mujer