

## Identificación de mayores con trastornos mentales y su relación con autopercepción de salud en medio comunitario rural. Estudio de corte transversal

D.A. Bernardini<sup>a</sup>, A. Martín Serna<sup>b</sup> y J.F. Macías Núñez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. España.

<sup>b</sup>Centro de Salud Miranda del Castañar. Salamanca. Servicio de Sanidad de la Junta de Castilla y León. España.

**INTRODUCCIÓN.** El incremento de la carga de los trastornos mentales en la población de mayores y los pocos datos de prevalencia en medio rural comunitario son la razón de esta comunicación. Nuestro objetivo fue identificar adultos mayores con trastornos neuropsiquiátricos (ansiedad, depresión, distimia) en medio comunitario rural y su relación con la autopercepción del estado de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudiamos una cohorte de mayores de 65 años ( $n = 165$ ) de Garcibuey (C1) y Villanueva del Conde (C2), dos pueblos de la provincia de Salamanca. Utilizamos un cuestionario realizado en base al de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el estudio SABE que revela aspectos en 4 dominios diferentes: datos demográficos, estado de salud, estado nutricional y aspectos sociales de los adultos mayores. Los datos se obtuvieron entre noviembre de 2006 y febrero de 2007 por entrevista directa y revisión sistemática de historias clínicas. Utilizamos para el tratamiento estadístico el paquete SPSS 12.0.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES.** Cuarenta y una (25,2%) de las personas han sufrido o sufren un trastorno neuropsiquiátrico, 121 (74,2%) no. Nueve están bajo tratamiento médico farmacológico. El 63,4% vive solo o con su pareja; 22 (53,6%) perciben su estado de salud como malo o regular. El 65,8% consume psicofármacos. Las mujeres (28 [68,2%]) fueron las más afectadas.

*Palabras clave:* adultos mayores, rural, salud mental.

**INTRODUCTION.** This paper aims to deal with the increase of the burden of mental disorders in the elderly population and scarce prevalence data in the rural community setting and the poor evidence in rural settings. Our aim was to identify elderly adults with neuropsychiatric morbidity (anxiety, depression and dysthymia) in rural community area, and their relationship to self-perception of one's health condition.

**MATERIAL AND METHODS.** A cohort made up of subjects over 65 years ( $n = 165$ ) from Garcibuey (C1) and Villanueva del Conde (C2), Salamanca, was studied. We used a questionnaire based on the SABE study from Pan-American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) to evaluate personal data, health and nutritional status and social issues in elderly subjects. Data was collected between November 06 - February 07 by direct personal interview and systematic review of medical record.

**RESULTS AND CONCLUSIONS.** Forty-one (25.2%) of the cohort have suffered or are suffering a neuropsychiatric disorder, 9 of whom are currently under medical treatment. A total of 63.4% live alone or with a partner; 22 (53.6%) perceive their health status as fair or bad. A total of 65.8% consume psychodrugs. Neuropsychiatric disorders are more frequent in women (28 [68.2%]).

*Key words:* elderly, rural setting, mental illness.

Correspondencia: D.A. Bernardini.  
Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.  
Avda. Campo Charro, s/n.  
37007 Salamanca.  
Correo electrónico: diegobernardini@usal.es

Recibido el 26-11-2007; aceptado para su publicación el 29-04-2008.

### INTRODUCCIÓN

En adultos mayores los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el tercer lugar en "años de vida perdidos por discapacidad"<sup>1</sup> tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y tienen una asociación significativa con la morbilidad en personas mayores<sup>2,3</sup> y la utilización

de servicios de salud<sup>4,5</sup>. En la población rural de España la prevalencia de desórdenes o enfermedad mental suele ser alta comparada con el medio urbano<sup>6,7</sup>. Nuestro objetivo fue identificar la presencia de enfermedad mental y trastornos del ánimo en adultos mayores de medio comunitario rural y analizar este dato con la autopercepción de salud en nuestra muestra.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño fue de orden descriptivo y de corte transversal en una cohorte de mayores de 65 años, de medio comunitario rural de la provincia de Salamanca. Los pueblos estudiados fueron Garcibuey (C1) y Villanueva del Conde (C2). Se realizó una revisión sistemática de registros clínicos, tomando como fecha de corte el nacimiento hasta el 31/12/1940. La muestra fue de  $n = 165$  (94,2%) de las 175 (n total) posibles (fig. 1). Se consideraron dos criterios de exclusión: el hecho de vivir menos de 10 años en el poblado y el negarse a la entrevista. Los criterios de inclusión consistieron en disponer de historia clínica registrada y residencia permanente en la localidad de estudio. Utilizamos un cuestionario estructurado en base al utilizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el estudio SABE<sup>8</sup> que contiene 4 secciones: datos personales, salud, nutrición y aspectos sociales. Dentro de la sección de salud, se evalúa la presencia de depresión, ansiedad y distimia. Los datos se obtuvieron entre noviembre de 2006 y febrero de 2007. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12.0.

## RESULTADOS

Se presentan los resultados sobre las respuestas de una muestra de  $n = 165$  personas. De ellas, 159 (97%) de las respuestas se obtuvieron por entrevista directa y 6 (3%) por entrevista indirecta a través de familiar primario o cuidador. Del total de entrevistas, 144 (93%) se realizaron en el propio domicilio del paciente. En la tabla 1 se presentan las características demográficas de la muestra. En la tabla 2

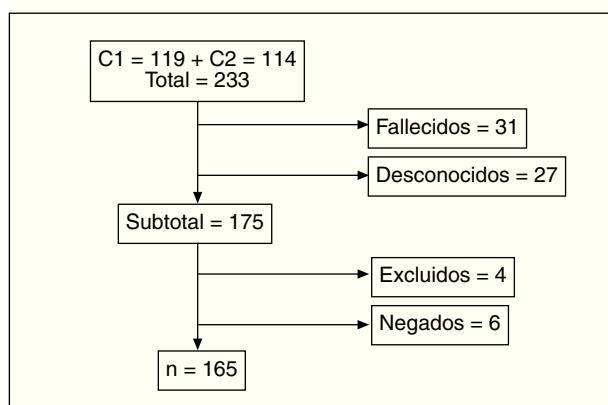


Figura 1. Diagrama de la muestra.

Tabla 1. Características demográficas

	Garcibuey (C1)	Villanueva (C2)
Muestra total	87 (52,7%)	78 (47,3%)
Hombres	47	41
Mujeres	40	36
Edad media	74,2 6 7	75,5 6 6
Por grupo de edades		
65-74 años	51 (58,6%)	36 (46%)
75-84 años	30 (34,4%)	35 (46%)
> 85 años	6 (6,8%)	7 (8%)
		13 (7,9%)

Tabla 2. Respuesta a las 3 preguntas

<b>Pregunta 1. ¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene usted algún problema nervioso o de memoria?</b>			
Sí	41 (25,2%)		
No	121 (74,2%)		
<b>Pregunta 2. ¿Tiene usted tratamiento psiquiátrico o psicológico por este problema?</b>			
Sí	9 (22%)		
		Mujeres	28 (68,2%)
		Hombres	13 (31,7%)
No	32 (78%)		
<b>Pregunta 3. ¿Durante los últimos 12 meses ha tomado alguna medicina contra la depresión?</b>			
Sí	27 (67,5%)		
No	12 (30%)		
Ns/Nc	1 (2,5%)		

Ns/Nc: no sabe/no contesta.

se registran las tres preguntas y respuestas. Las preguntas iban orientadas hacia el diagnóstico y hacia el tratamiento y/o la forma de resolución.

En la pregunta 1 se interrogó sobre un “problema nervioso”, por ajustarse el significado a nuestro objetivo: “¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene usted algún problema nervioso o de memoria?”. Cuarenta y una personas (25,2%) respondieron que sí y 121 (74,2%) contestaron que no. Las respuestas afirmativas fueron más comunes en mujeres, 28 (68,2%), que en varones, 13 (31,7%). En su distribución por pueblos, encontramos 18 casos (43,3%) en C1 y 23 casos (56,7%) en C2. En su distribución por edad, 20 casos (48,7%) pertenecían a grupos de edad de 65 a 74 años, otros 18 casos (43,9%) pertenecían a grupos de edad de 75 a 84 años. Los restantes tres casos eran mayores de 85 años.

En relación a la pregunta: “¿Tiene usted tratamiento psiquiátrico o psicológico por este problema?”, 9 personas de las que habían respondido positivamente a la pregunta anterior (22%) tenían tratamiento médico y 32 personas (78%) no. De estas 9 personas, 7 eran mujeres y 2 varones. De las 41 personas que contestaron que sí a la pregunta 1, 8 de ellas (19,5%) viven solas, 18 (43,9%) viven en pareja y, finalmente, 14 (34,1%) con familiares. Cuando realizamos el cruce con lo que declararon en el aparta-

do de autopercepción de salud: “¿Le gusta vivir como vive ahora?”, 6 de ellos (14,6%) habían contestado que no les gustaba vivir como lo hacían, 1 no supo contestar y 30 personas (73,1%) declararon sentirse a gusto con la forma en la que vivían. Cuatro casos no fueron considerados por el sistema. Considerando la segunda pregunta en relación a este dominio “¿Qué tal se encuentra de salud?”, de las 41 que sufren o habían sufrido algún trastorno, 22 de ellas (53,6%) declararon sentirse regular, mal o no supieron contestar a la pregunta, 15 de ellas (36,5%) habían declarado sentirse bien y 2 (4,8%) muy bien. De las 9 personas que están recibiendo tratamiento en el momento de la entrevista, 3 perciben su estado de salud como bueno, 5 como regular y 2 no supieron contestar a la pregunta. Sólo uno vive solo, 5 lo hacen con la pareja y 3 con familiares. La última pregunta del dominio de salud mental fue: “¿Durante los últimos 12 meses ha tomado alguna medicina contra la depresión?”. De las 41 personas que contestaron que sí a la pregunta 1, 27 (67,5%) están tomando alguna medicación antidepresiva, 12 (30%) no toman nada y 1 (2,5%), que contestó que no a la pregunta 1, está medicado. Las 9 personas que manifestaron que sí estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico o psicológico están con tratamiento farmacológico, mientras que hay otras 19 (46,3%) personas que consumen psicofármacos y han contestado que no reciben tratamiento.

## CONCLUSIÓN

Nuestro hallazgo nos permite percibir que la importancia y el peso de los trastornos mentales en el medio rural son tan importantes como en el medio urbano en el caso de personas mayores. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres. Hay un 20% de personas que sufren o han sufrido trastornos y que viven solas, y esto podría ser considerado como un factor de riesgo para su recaída o empeoramiento. Otro 43,9% de las personas que escucharon de un médico o enfermera que han tenido o tienen un trastorno neuropsiquiátrico viven con su pareja; en total 2 de cada 3 personas afectadas tienen un círculo de convivencia mínimo, lo que fortalece la importancia de una aproximación a la red familiar o social en coincidencia con otros autores<sup>9</sup>.

Hay un 15% que contestó sí a la pregunta 1, a los que “no les gusta vivir como viven ahora”. Este rasgo y un círculo familiar/social mínimo deben ser considerados y alertar, dadas las características de la población, hacia una interconsulta especializada de fácil acceso.

Cobra importancia en nuestros hallazgos que 22 personas (53,6%) que respondieron sí a la pregunta 1, perciben su estado de salud como malo o regular, coincidiendo con quienes le otorgan a esta medida subjetiva del estado de salud una importancia vital<sup>10</sup>. Entre los que están bajo tratamiento médico, que son 9 personas, hay 5 que perciben su salud como regular y 2 no contestan a esta pregunta. Un último dato es que sobre las 41 personas de respuesta

positiva a la pregunta 1, el 65,8% consume medicación en el momento de la evaluación. Dado que las 9 personas que dijeron estar bajo tratamiento actual no deben ser consideradas en este punto, nos llama a la reflexión que 19 (46,3%) de los 41 contestaran que no recibían tratamiento médico psicotrópico. Esto podría ser una muestra del estigma social que podría representar el consumo de fármacos psicotrópicos. Por otro lado, en el grupo que contestó no a la pregunta 2, sobre un total de 32 personas, 19 (59,3%) toman fármacos, lo que nos deja con el interrogante de si es por automedicación o si existen reservas personales a declararlo.

Consideramos una posible limitación el tamaño de la muestra, sin embargo, el saber que representa a más del 90% de los casos accesibles y posibles constituye una de las fortalezas del estudio. Si bien los resultados de un área geográfica como la que se presenta pueden no ser representativos del total de la geografía rural española, creemos que es un modelo muy acorde al modelo nacional.

Dado que este es el primer corte de un estudio diseñado para el seguimiento y la profundización, consideramos que las etapas sucesivas del mismo brindarán información que enriquecerá la documentación de este grupo de población.

## BIBLIOGRAFÍA

- Murray CJL, López AD, editors. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol I, II); 1996.
- Kessler LG, Clearly PD, Burke JD. Psychiatric disorders in primary care. Results of a follow up study. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:583-7.
- Saz P, Launer L, Dia JL, De la Cámara C, Marcos G, Lobo A. Mortality and mental disorders in a Spanish elderly population. *Int J Ger Psy*. 1999;12:1031-8.
- Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*. 1992;267:1478-83.
- Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejano J, Herranz A, et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997;170:529-35.
- Martín Pérez C, Perdosa García R, Herrero Martín JJ, Luna del Castillo J de D, Ramírez García P, Sáez García JM. Prevalence of psychiatric pathology at a rural health centre. *Aten Primaria*. 2003;31:39-46.
- Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patient. *J Gen Intern Med*. 1998;14:249-54.
- Peláez M, Palloni A, Alfonso JC, Ham-Chande R, Hennis A, Lebrao ML, et al. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2003.
- García Lozano L, Mérida Quiñones F, Mestre Reoyo I, Gallego Parrilla MD, Duarte Romero AJ, Mesa Ramos RG, et al. Depression in the elderly and the role of family dynamics. *Aten Primaria*. 2000;25:226-9.
- Benyamin Y, Blumenstein T, Lucky A, Modan B. Gender differences in the self rated health-mortality association: it is poor self rated health that predicts mortality or excellent self rated health that predicts survival? *Gerontologist*. 2003;43:396-405.