

Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor

José Jesús Gázquez Linares*, María del Carmen Pérez Fuentes, Francisca Lucas Acién y Nazario Yuste Rossell

Universidad de Almería

Resumen: No existen en nuestro país muchos estudios que analicen de modo global los trastornos mentales que más aquejan a la población mayor. El objetivo del presente estudio se centró en analizar los trastornos más frecuentes por los que requieren ayuda psicológica/ psiquiátrica, las personas en edad senil o presentil. Para ello se han analizado las historias clínicas de 2.054 personas mayores de 60 años que acudieron al Equipo de Salud Mental de Distrito en los últimos 10 años, diagnosticadas en base a los Criterios diagnósticos de la CIE-10. Los resultados obtenidos señalan que los trastornos por los que acuden con más frecuencia la población mayor son los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; trastornos del humor (afectivos) y trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. Los hombres sólo se sitúan por encima de las mujeres en la presencia de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, y trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Por su parte, los divorciados y separados se caracterizan por una mayor presencia del consumo de sustancias psicótropas junto con diversos trastornos de personalidad. Existe una relación directa entre el aumento de edad y la presencia o prevalencia de trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

Palabras clave: Mayores; trastornos mentales; prevalencia; Alzheimer; depresión; ansiedad.

Title: Prevalence of Mental Disorders among older people.

Abstract: In our country, there are not many researches which analyze in a general way, the mental disorders prevailing within the older people. So, the purpose of this research was focused in the analysis of more common disorders in older people who require psychological and/or psychiatric help. For this purpose, it was analyzed the medical history of 2,054 people of more than 60 years old who went to the District Mental Health Department within the last 10 years and were diagnosed according to the criteria of diagnosis given by the ICD-10. The results obtained showed that the disorders for what those people went to the Mental Health Department, more frequently old people, were neurotic due to stressful situations and somatomorphic disorders, emotional disorders and organic mental disorders including symptomatic. Men are only above of women in mental and behavioral disorders due to the consumption of psychotrop substances and behavioral disorders due to physiological malfunctions and physical factors. Likewise, divorced or separated men have a higher consumption of psychotrop substances together with several personality disorders. Finally, it is important to highlight that there is a direct connection between the age increase and the prevalence of organic mental disorders including symptomatic disorders.

Key words: Elderly; mental disorder; prevalence; Alzheimer's disease; depression; anxiety.

En las últimas décadas hemos asistido a un incremento de la esperanza de vida, hecho que lleva asociado, entre otros aspectos, un mayor interés por el estudio de los diversos trastornos mentales en la población mayor. Este aspecto puede suponer una organización particular de los servicios prestados en la comunidad y una planificación de la demanda, que tiene que ver, tanto con las características particulares de este colectivo, como con el gasto derivado del mismo (OMS y WPA, 2002).

En este sentido, se estima que cerca de un 25% de las personas mayores de 60 años son diagnosticadas de algún trastorno psicopatológico/psiquiátrico (Carbonell, 2000), presentando un alto nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria (Gázquez *et al.*, 2007). A nivel internacional, existen diversos estudios que analizan la epidemiología de los distintos desórdenes mentales en personas mayores (Malmgren, 1994; Robins y Regler, 1991; Gallo y Lebowitz, 1999); aunque la mayoría se centran en algún aspecto concreto, como pueden ser los trastornos más frecuentes, demencia y depresión (Berr, Wancata y Ritchie, 2005; Hendrie, 1998; Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005; Cankurtaran *et al.*, 2005; Tsai, Yeh y Tsai, 2005; Rogers y Arango, 2006) u otros también importantes, aunque de menor prevalencia, como es el abuso de sustancias psicótropas, diferentes trastornos de ansiedad (fobias, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) o los trastornos psicóticos (Ritchie *et al.*, 2004; Beekman *et al.*, 2004).

En nuestro país la situación es parecida, apenas existen trabajos que analicen conjuntamente la prevalencia de los diversos trastornos mentales (Lobo, Ventura y Marco, 1990), aunque sí existen diversas investigaciones que analizan distintos trastornos como, las demencias, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos o trastornos del estado de ánimo (Campos, Ardanaz y Navarro, 2004; Gómez-Feria, 2003; Montorio, Nuevo, Losada y Márquez, 2001; Nuevo, 2005; Peña, Tardón, Menéndez y Blázquez, 2000; Vega y Bermejo, 2002; Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza, 2001). De este modo, el objetivo del presente estudio se centró en conocer, de modo conjunto, la presencia de todos los trastornos agrupados en las categorías principales de la CIE-10, así como, en la realización de un análisis detallado de los trastornos que más prevalecen.

Método

Sujetos

El presente estudio se ha realizado en la Zona Norte de la provincia de Almería compuesta por 26 municipios y un total de 58000 habitantes. La muestra ha estado formada por 2054 personas mayores de 60 años, que, por derivación de su médico de atención primaria u otro profesional facultativo, acudieron al Equipo de Salud Mental (ESM) de la Comarca; la media de edad fue de 73.45 años con una desviación típica de 8.95. El 30.09% fueron hombres y el 69.1% mujeres, el estado civil y grupo de edad aparecen reflejados en la Tabla 1.

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: José Jesús Gázquez Linares. Universidad de Almería. Dpto Psicología Evolutiva. Carretera Sacramento S/N. 04120 La Cañada de San Urbano. Almería (España). E-mail: jlinares@ual.es

Tabla 1: Distribución de la población por género, estado civil y edad.

	Género		Estado Civil				Edad					
	Hombre	Mujer	Casado	Viudo	Soltero	Divor/Separ	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 o más
N	635	1419	1569	338	113	34	338	404	430	388	258	236
%	30.09%	69.1%	76.4%	16.5%	5.5%	1.7%	16.5%	19.7%	20.9%	18.9%	12.6%	11.5%

Instrumento

Historias clínicas: Se han utilizado los diferentes expedientes de los pacientes en los que se aporta información de trastornos mentales, siguiendo los criterios de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), utilizando para ello, los criterios diagnósticos pertinentes; así como diversas variables sociodemográficas que aparecían registradas en las correspondientes fichas de las historias clínicas que constan al respecto.

Se han analizado las historias clínicas de todas las personas mayores de 60 años que han acudido a consulta en la última década. El diagnóstico ha sido realizado por facultativos especialistas: psicólogos y psiquiatras pertenecientes al ESM, mencionado anteriormente. Todos ellos disponen de su correspondiente diagnóstico clínico.

Procedimiento

Antes de comenzar con el trabajo, y en una primera reunión con los facultativos del Centro, diseñamos el procedimiento de captura de los datos, por lo que se solicitó el correspondiente consentimiento, verbal, al Coordinador Provincial de Salud Mental. Durante 6 meses se han estado consultando todas las historias clínicas de los pacientes mayores de 60 años que acudieron al Centro. Dichas historias clínicas, fueron impresas por personal del ESM, con los datos

personales de los pacientes eliminados, de forma que no aparecían en los folios impresos, tan sólo constaban las variables objeto de estudio (Gázquez, Pérez, Lucas y Palenzuela, 2008).

La franja horaria para la consulta de los datos, no entorpeció en absoluto la labor de los profesionales del Centro, ya que se realizaba por las tardes.

Para el tratamiento de los datos se ha empleado el programa estadístico SPSS.

Resultados

Las patologías más frecuentes encontradas en la totalidad de la muestra (Tabla 2) fueron las siguientes: trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (42.7%), trastornos del humor (afectivos) (30.1%) y trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (14.8%). El resto de los trastornos tuvieron una prevalencia netamente inferior, siendo los más bajos los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (1.1%), seguidos de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (2.7%), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (2.9%); y por último, la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (4.3%).

Tabla 2: Porcentaje de trastornos mentales (Grupos CIE-10) sobre el total de la muestra en función del género. Estadístico Chi-cuadrado de Pearson (χ^2).

Categorías Principales (CIE-10)		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (F00-09)	N	112	191	303
	% de trast. mental	5.5%	9.3%	14.8%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-19)	N	44	16	60
	% de trast. mental	2.1%	0.8%	2.9%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-29)	N	41	47	88
	% de trast. mental	2.0%	2.3%	4.3%
Trastornos del humor (afectivos) (F30-39)	N	157	462	619
	% de trast. mental	7.6%	22.5%	30.1%
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49)	N	257	650	907
	% de trast. mental	12.5%	31.6%	44.2%
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50-59)	N	15	7	22
	% de trast. mental	0.7%	0.3%	1.1%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-69)	N	9	46	55
	% de trast. mental	0.4%	2.2%	2.7%

Para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas, en función del género, se ha aplicado la prueba Chi-cuadrado (χ^2). En la Tabla 2 podemos observar cómo las mujeres presentan un porcentaje significativamente ma-

yor que los hombres en los trastornos mentales orgánicos ($\chi^2= 6.088$, $p<.01$), trastornos del humor ($\chi^2= 12.768$, $p<.01$), trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos ($\chi^2= 5.063$, $p<.05$), y trastornos

de la personalidad y del comportamiento del adulto ($\chi^2=5.603$, $p<.01$). En el caso de la esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes también es mayor ($\chi^2=10.578$, $p<.01$). Los hombres se sitúan por encima de las mujeres, de modo significativo a nivel estadístico, en sólo dos grandes grupos: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas ($\chi^2=52.068$, $p<.01$), y trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos ($\chi^2=14,460$, $p<.01$) (Tabla 2).

Para analizar si existen diferencias en función del estado civil (casado, viudo, soltero o divorciado/separado) se ha llevado a cabo un Análisis de Varianza, teniendo en cuenta que para ello hemos considerado la variable dicotómica "presencia de trastorno mental" (SI/NO) como cuantitativa, asignándole un valor uno a la opción SI y un valor de cero a la opción NO. Previamente, para la realización del análisis de la varianza ha sido comprobada la homocedasticidad de todos los grupos o categorías de análisis a través de la prueba Levene. Así, la realización la prueba ANOVA nos muestra la existencia de diferencias significativas entre los diferentes niveles de la variable en todos los grupos, excepto en los trastornos del humor $F(3,2050) = 0.156$ $p>.05$, y en los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos $F(3,2050) = 1.523$

$p>.05$. Para el resto de los trastornos se rechaza la hipótesis de igualdad de la puntuación media: Trastornos mentales orgánicos $F(3,2050) = 9.534$ $p<.01$; Trastornos mentales y del comportamiento $F(3,2050) = 4.292$ $p<.01$; Esquizofrenia $F(3,2050) = 40.715$ $p<.01$; Trastornos neuróticos secundarios $F(3,2050) = 7.961$ $p<.01$; y Trastornos de la personalidad $F(3,2050) = 2.918$ $p<.05$. Para conocer entre qué niveles de la variable se dan esas diferencias se han aplicado comparaciones múltiples *post hoc*, mediante el método DMS (Diferencia Mínima Significativa). Así, podemos apuntar que los viudos presentan en mayor medida trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (en relación a los casados y divorciados/separados, aunque no en relación a los solteros); en los divorciados/separados predominan, en relación a los otros tres grupos, los trastornos mentales y del comportamiento debidas al abuso de sustancias psicotropas y los trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto; por lo que se refiere a los solteros predomina la esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastornos de ideas delirantes; y en cuanto a los casados, son más frecuentes los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (aunque la diferencia no es significativa en relación a los divorciados/separados), tal y como puede apreciarse en la Tabla 3.

Tabla 3: Resultados de los trastornos mentales (Grupos CIE-10) y Prueba DMS en función del estado civil.

Categorías Principales (CIE-10)	Estado Civil (I)	Media	Estado Civil (J _i)	Diferencia de medias (I-J _i)	Estado Civil (J ₂)	Diferencia de medias (I-J ₂)	Estado Civil (J ₃)	Diferencia de medias (I-J ₃)
(F00-09)	Casado	0.13	V	-0.11**	S	-0.07*	D/S	0.04
	Viudo	0.23	C	0.11**	S	0.04	D/S	0.15*
	Soltero	0.19	C	0.07*	V	-0.04	D/S	0.11
	Divor/sepa	0.09	C	-0.04	V	-0.15*	S	-0.11
(F10-19)	Casado	0.03	V	0.01	S	0.02	D/S	-0.09**
	Viudo	0.02	C	-0.01	S	0.01	D/S	-0.10**
	Soltero	0.01	C	-0.02	V	-0.01	D/S	-0.11**
	Divor/sepa	0.12	C	0.09**	V	0.10**	S	0.11**
(F20-29)	Casado	0.03	V	-0.01	S	-0.21**	D/S	-0.06
	Viudo	0.04	C	0.01	S	-0.20**	D/S	-0.05
	Soltero	0.24	C	0.21**	V	0.20**	D/S	0.15**
	Divor/sepa	0.09	C	0.06	V	0.05	S	-0.15**
(F30-39)	Casado	0.30	V	-0.01	S	0.03	D/S	0.01
	Viudo	0.31	C	0.01	S	0.03	D/S	0.01
	Soltero	0.27	C	-0.03	V	-0.03	D/S	-0.02
	Divor/sepa	0.29	C	-0.01	V	-0.01	S	0.02
(F40-49)	Casado	0.47	V	0.09**	S	0.19**	D/S	0.15
	Viudo	0.38	C	-0.09**	S	0.10	D/S	0.06
	Soltero	0.28	C	-0.19**	V	-0.10	D/S	-0.04
	Divor/sepa	0.32	C	-0.15	V	-0.06	S	0.04
(F50-59)	Casado	0.01	V	0.01	S	0.01	D/S	0.01
	Viudo	0.00	C	-0.01	S	0.00	D/S	0.00
	Soltero	0.00	C	-0.01	V	0.00	D/S	0.00
	Divor/sepa	0.00	C	-0.01	V	0.00	S	0.00
(F60-69)	Casado	0.03	V	0.01	S	0.03	D/S	-0.06*
	Viudo	0.02	C	-0.01	S	0.02	D/S	-0.07*
	Soltero	0.00	C	-0.03	V	-0.02	D/S	-0.09**
	Divor/sepa	0.09	C	0.06*	V	0.07*	S	0.09**

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05

** La diferencia entre las medias es significativa al nivel .01.

Por otro lado, también se han llevado a cabo comparaciones entre los diversos grupos de edad. Al igual que anteriormente, variable dicotómica “presencia de trastorno mental” (SI/NO) es considerada cuantitativamente, asignándole un valor uno a la opción SI y un valor de cero a la opción NO. La prueba Levene indica nuevamente en este caso la homogeneidad de todos los grupos o categorías de análisis. Así, la realización la prueba ANOVA nos muestra la existencia de diferencias significativas entre los diferentes niveles de la variable en todos los grupos [Trastornos mentales orgánicos $F(5,2048) = 63.956$ $p < .01$; Esquizofrenia $F(5,2048) = 2.471$ $p < .05$; Trastornos del humor $F(5,2048) = 4.569$ $p < .01$; Trastornos neuróticos $F(5,2048) = 6.180$ $p < .01$; Trastornos de la personalidad $F(5,2048) = 2.334$ $p < .05$]; excepto en los trastornos mentales y del comportamiento $F(5,2048)$

$= 1.640$ $p > .01$, y en los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos $F(5,2048) = 0.818$ $p > .01$. Para conocer entre qué niveles de la variable se dan esas diferencias (Tabla 4) se han aplicado comparaciones múltiples *post hoc*, mediante el método DMS (Diferencia Mínima Significativa). Observamos un incremento de los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, a medida que aumenta la edad (particularmente a partir de los 75 años), sin embargo, en la mayoría del resto de los trastornos mentales se observa una disminución con relación a la edad. Así ocurre en la esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (sobre todo a partir de los 75 años), trastornos del humor (particularmente inferior en los más octogenarios –mayores de 85 años–), trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y

Tabla 4: Resultados de los trastornos mentales (Grupos CIE-10) y Prueba DMS en función de la edad.

Categorías Principales (CIE-10)	Edad (I)	Media	Edad (J ₁)	Diferencia de medias (I-J ₁)	Edad (J ₂)	Diferencia de medias (I-J ₂)	Edad (J ₃)	Diferencia de medias (I-J ₃)	Edad (J ₄)	Diferencia de medias (I-J ₄)	Edad (J ₅)	Diferencia de medias (I-J ₅)
(F00-09)	60-64 (G ₁)	0.03	G ₂	-0.01	G ₃	-0.06*	G ₄	-0.12**	G ₅	-0.27**	G ₆	-0.39**
	65-69 (G ₂)	0.04	G ₁	0.01	G ₃	-0.05*	G ₄	-0.12**	G ₅	-0.26**	G ₆	-0.38**
	70-74 (G ₃)	0.09	G ₁	0.06*	G ₂	0.05*	G ₄	-0.07**	G ₅	-0.21**	G ₆	-0.34**
	75-79 (G ₄)	0.15	G ₁	0.12**	G ₂	0.12**	G ₃	0.07**	G ₅	-0.15**	G ₆	-0.27**
	80-84 (G ₅)	0.30	G ₁	0.27**	G ₂	0.26**	G ₃	0.21**	G ₄	0.15**	G ₆	-0.12**
	85 o más (G ₆)	0.42	G ₁	0.39**	G ₂	0.38**	G ₃	0.34**	G ₄	0.27**	G ₅	0.12**
(F10-19)	60-64 (G ₁)	0.03	G ₂	-0.02	G ₃	-0.01	G ₄	0.00	G ₅	0.01	G ₆	0.01
	65-69 (G ₂)	0.04	G ₁	0.02	G ₃	0.00	G ₄	0.02	G ₅	0.03*	G ₆	0.03*
	70-74 (G ₃)	0.04	G ₁	0.01	G ₂	0.00	G ₄	0.01	G ₅	0.02	G ₆	0.03*
	75-79 (G ₄)	0.03	G ₁	0.00	G ₂	-0.02	G ₃	-0.01	G ₅	0.01	G ₆	0.01
	80-84 (G ₅)	0.02	G ₁	-0.01	G ₂	-0.03*	G ₃	-0.02	G ₄	-0.01	G ₆	0.00
	85 o más (G ₆)	0.01	G ₁	-0.01	G ₂	-0.03*	G ₃	-0.03*	G ₄	-0.01	G ₅	0.00
(F20-29)	60-64 (G ₁)	0.05	G ₂	-0.01	G ₃	0.00	G ₄	0.02	G ₅	0.03	G ₆	0.03
	65-69 (G ₂)	0.06	G ₁	0.01	G ₃	0.01	G ₄	0.03*	G ₅	0.04*	G ₆	0.04**
	70-74 (G ₃)	0.05	G ₁	0.00	G ₂	-0.01	G ₄	0.02	G ₅	0.03	G ₆	0.04*
	75-79 (G ₄)	0.03	G ₁	-0.02	G ₂	-0.03*	G ₃	-0.02	G ₅	0.01	G ₆	0.02
	80-84 (G ₅)	0.02	G ₁	-0.03	G ₂	-0.04*	G ₃	-0.03	G ₄	-0.01	G ₆	0.01
	85 o más (G ₆)	0.02	G ₁	-0.03	G ₂	-0.04**	G ₃	-0.04*	G ₄	-0.02	G ₅	-0.01
(F30-39)	60-64 (G ₁)	0.32	G ₂	0.01	G ₃	-0.03	G ₄	-0.01	G ₅	0.05	G ₆	0.13**
	65-69 (G ₂)	0.30	G ₁	-0.01	G ₃	-0.04	G ₄	-0.03	G ₅	0.03	G ₆	0.12**
	70-74 (G ₃)	0.34	G ₁	0.03	G ₂	0.04	G ₄	0.01	G ₅	0.07*	G ₆	0.16**
	75-79 (G ₄)	0.33	G ₁	0.01	G ₂	0.03	G ₃	-0.01	G ₅	0.06	G ₆	0.15**
	80-84 (G ₅)	0.27	G ₁	-0.05	G ₂	-0.03	G ₃	-0.07*	G ₄	-0.06	G ₆	0.09*
	85 o más (G ₆)	0.18	G ₁	-0.13**	G ₂	-0.12**	G ₃	-0.16**	G ₄	-0.15**	G ₅	-0.09*
(F40-49)	60-64 (G ₁)	0.52	G ₂	0.02	G ₃	0.09**	G ₄	0.10**	G ₅	0.15**	G ₆	0.18**
	65-69 (G ₂)	0.50	G ₁	-0.02	G ₃	0.07*	G ₄	0.08*	G ₅	0.13**	G ₆	0.16**
	70-74 (G ₃)	0.43	G ₁	-0.09**	G ₂	-0.07*	G ₄	0.01	G ₅	0.05	G ₆	0.09*
	75-79 (G ₄)	0.42	G ₁	-0.10**	G ₂	-0.08*	G ₃	-0.01	G ₅	0.04	G ₆	0.08
	80-84 (G ₅)	0.38	G ₁	-0.15**	G ₂	-0.13**	G ₃	-0.05	G ₄	-0.04	G ₆	0.03
	85 o más (G ₆)	0.34	G ₁	-0.18**	G ₂	-0.16**	G ₃	-0.09*	G ₄	-0.08	G ₅	-0.03
(F50-59)	60-64 (G ₁)	0.01	G ₂	0.00	G ₃	-0.01	G ₄	-0.01	G ₅	0.00	G ₆	0.00
	65-69 (G ₂)	0.01	G ₁	0.00	G ₃	-0.01	G ₄	-0.01	G ₅	0.01	G ₆	0.00
	70-74 (G ₃)	0.02	G ₁	0.01	G ₂	0.01	G ₄	0.00	G ₅	0.01	G ₆	0.01
	75-79 (G ₄)	0.02	G ₁	0.01	G ₂	0.01	G ₃	0.00	G ₅	0.01	G ₆	0.01
	80-84 (G ₅)	0.00	G ₁	0.00	G ₂	-0.01	G ₃	-0.01	G ₄	-0.01	G ₆	0.00
	85 o más (G ₆)	0.01	G ₁	0.00	G ₂	0.00	G ₃	-0.01	G ₄	-0.01	G ₅	0.00
(F60-69)	60-64 (G ₁)	0.04	G ₂	0.01	G ₃	0.02	G ₄	0.02*	G ₅	0.04**	G ₆	0.03*
	65-69 (G ₂)	0.04	G ₁	-0.01	G ₃	0.01	G ₄	0.02	G ₅	0.03*	G ₆	0.02
	70-74 (G ₃)	0.03	G ₁	-0.02	G ₂	-0.01	G ₄	0.01	G ₅	0.02	G ₆	0.02
	75-79 (G ₄)	0.02	G ₁	-0.02*	G ₂	-0.02	G ₃	-0.01	G ₅	0.01	G ₆	0.01
	80-84 (G ₅)	0.01	G ₁	-0.04**	G ₂	-0.03*	G ₃	-0.02	G ₄	-0.01	G ₆	0.00
	85 o más (G ₆)	0.01	G ₁	-0.03*	G ₂	-0.02	G ₃	-0.02	G ₄	-0.01	G ₅	0.00

*la diferencia entre las medias es significativa al nivel .05

**la diferencia entre las medias es significativa al nivel .01.

somatomorfos (sobre todo a partir de los 70 años) y los trastornos de personalidad y del comportamiento adulto (inferiores a partir de los 75 años). En los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, los cambios en función de la edad son menos acusados (únicamente son significativos al comparar el grupo de 60-65 años con el de 85 o más años). En los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos no se observan cambios significativos. Cuando analizamos de forma específica los diferentes trastornos, dentro de las tres categorías diagnósticas que poseen una mayor prevalencia (trastornos

seen una mayor prevalencia (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, trastornos del humor y trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos), vemos como se sitúa en primer lugar la distimia, con un porcentaje del 17% del total de la muestra, seguido de la demencia tipo Alzheimer y los trastornos de adaptación (reacción mixta de ansiedad y depresión), con un 9.3% y un 9% respectivamente; y escasamente por debajo encontramos los trastornos de ansiedad generalizada y los de somatización (8.2% y 7.2%, respectivamente), como se desprende de la siguiente tabla.

Tabla 5: Resultados (%) de los trastornos mentales más frecuentes (CIE-10) según el género, estado civil y edad.

Trastornos (CIE-10)		Género		Estado Civil				Edad						Total
		V	H	Casado	Viudo	Soltero	Divor/ Separ	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - más	
Demencia en la enfermedad de Alzheimer (F00)	N	67	123	120	54	15	1	3	4	20	38	52	73	190
	% del total	3.3%	6.0%	5.8%	2.6%	0.7%	0.0%	0.1%	0.2%	1.0%	1.9%	2.5%	3.6%	9.3%
Demencia vascular (F01)	N	6	11	11	5	0	1	0	1	2	7	5	2	17
	% del total	0.3%	0.5%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	0.2%	0.1%	0.8%
Episodio depresivo leve (F32.0)	N	9	13	18	3	1	0	5	7	3	2	3	2	22
	% del total	0.4%	0.6%	0.9%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	1.1%
Episodio depresivo moderado (F32.1)	N	15	35	34	16	0	0	14	6	14	8	7	1	50
	% del total	0.7%	1.7%	1.7%	0.8%	0.0%	0.0%	0.7%	0.3%	0.7%	0.4%	0.3%	0.0%	2.4%
Trastorno depresivo recurrente (F33)	N	14	26	34	2	4	0	4	12	8	9	5	2	40
	% del total	0.7%	1.3%	1.7%	0.1%	0.2%	0.0%	0.2%	0.6%	0.4%	0.4%	0.2%	0.1%	1.9%
Distimia (F34.1)	N	52	294	274	49	16	7	55	65	85	76	37	28	346
	% del total	2.5%	14.3%	13.3%	2.4%	0.8%	0.3%	2.7%	3.2%	4.1%	3.7%	1.8%	1.4%	16.8%
Trastornos de ansiedad generalizada (F41.1)	N	44	124	138	19	8	3	29	36	37	33	16	17	168
	% del total	2.1%	6.0%	6.7%	0.9%	0.4%	0.1%	1.4%	1.8%	1.8%	1.6%	0.8%	0.8%	8.2%
Trastornos de adaptación. Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22)	N	50	134	152	29	2	1	46	44	37	34	12	11	184
	% del total	2.4%	6.5%	7.4%	1.4%	0.1%	0.0%	2.2%	2.1%	1.8%	1.7%	0.6%	0.5%	9.0%
Trastornos de adaptación. Con alteración mixta de emociones y disociales (F43.25)	N	35	108	113	22	3	5	31	38	25	22	15	12	143
	% del total	1.7%	5.3%	5.5%	1.1%	0.1%	0.2%	1.5%	1.9%	1.2%	1.1%	0.7%	0.6%	7.0%
Trastornos de somatización (F45.0)	N	48	99	119	24	4	0	24	30	31	30	17	15	147
	% del total	2.3%	4.8%	5.8%	1.2%	0.2%	0.0%	1.2%	1.5%	1.5%	1.5%	0.8%	0.7%	7.2%
Trastornos histriónico de la personalidad (F60.4)	N	3	40	37	6	0	0	12	10	11	6	2	2	43
	% del total	0.1%	1.9%	1.8%	0.3%	0.0%	0.0%	0.6%	0.5%	0.5%	0.3%	0.1%	0.1%	2.1%

Discusión

El aumento de la esperanza de vida es probable que lleve asociado también una mayor tasa en la prevalencia de trastornos mentales en este grupo de población (Rodríguez y Sánchez, 2004). Los trastornos por los que acuden a consulta las personas mayores de 60 años son los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; trastornos del humor (afectivos) y los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

El primero de ellos, los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, presentes en un 44,2% de la muestra, se observa en un porcentaje algo superior al encontrado por Gómez-Feria (2003), pero al igual que éste, dentro de este grupo de trastornos, los más frecuentes son el trastorno por ansiedad generalizada y los trastornos adaptativos, aunque en su estudio se añade además el trastorno mixto ansiedad-depresión. Alrededor del 70% de los casos encontrados en cada uno de dichos trastornos pertenecen al género femenino.

En los siete grandes grupos o categorías de trastornos de la CIE-10 analizados, encontramos diferencias significativas en función del género, situándose los hombres sólo por encima de las mujeres en la presencia de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, y de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

En relación al estado civil, la mayoría de los casos de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes suelen darse en personas solteras. Este es un aspecto replicado en múltiples ocasiones donde estos trastornos, por su gravedad y en muchos casos su cronificación, conllevan mayores dificultades para el establecimiento de relaciones de pareja estables. Por su parte, los divorciados y separados se caracterizan por una mayor presencia del consumo de sustancias psicótropas (en un porcentaje netamente superior al de los solteros) junto con diversos trastornos de personalidad. En los casados predominan los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; y en los viudos los trastornos más diferenciables son los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, aunque este dato puede estar contaminado por la mayor longevidad de las mujeres (IMSERSO, 2005), en donde predominan estos trastornos.

En cuanto a la edad, observamos una relación directa entre el aumento de edad y la presencia o prevalencia de trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, entre los que se encontrarían fundamentalmente las demencias, dato que va en consonancia con diversas investigaciones (Vega y Bermejo, 2002; Lobo, Sanz, Marcos, Día y de la Cámara, 1995). Además, tanto en el grupo genérico de los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, como en el análisis específico de los trastornos más comunes dentro de este grupo, entre la demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular, encontramos diferencias significativas en función del género, siendo más frecuente entre las mujeres, en sintonía con otras investigaciones (Vega y Bermejo, 2002; Börjesson-Hanson, Edin, Gislason y Skoog, 2004; Launer et al., 1999; Lobo et al., 2000), aunque hay otros estudios que encuentran una mayor prevalencia de la demencia entre los hombres (Lobo et al., 1995). Por otra parte, se confirma la enfermedad de Alzheimer como el tipo más común de demencia (Ravaglia et al., 2005; Berr et al., 2005).

A excepción de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas y los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fi-

siológicas y factores somáticos, en el resto de trastornos parece producirse una disminución en función de la edad. Sin embargo, este dato puede que refleje más una tasa elevada de mortandad en estos grupos (por ejemplo, en la esquizofrenia o en los trastornos de humor), que unas mejores perspectivas o cambios a medida que se incrementa la edad (Saz et al., 1999).

La prevalencia de la depresión en el género femenino es más o menos el doble respecto a la observada en el masculino, al igual que indican Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005) y Pando, et al. (2001), siendo significativas dichas diferencias entre ambos géneros no sólo en estas edades (de Miguel, 2005). Esto puede deberse a factores psicosociales, entre los que se incluyen aspectos como la soledad, la dependencia para actividades de la vida diaria, o las dificultades en aceptación de su propio envejecimiento biológico (Gázquez, Yuste y Pérez, 2005; IMSERSO, 2005).

Dentro de los trastornos de humor, la distimia es el trastorno más frecuente entre los mayores de 60 años, alcanzando valores cercanos al 17% de la muestra, presentándose la mayoría de los casos en las edades comprendidas entre los 65 y 79 años; y disminuyendo bruscamente a partir de esa edad. También, al igual que señalan Beekman, Deeg, Smit et al. (2004) se observa una mayor prevalencia de dicho trastorno en las mujeres.

En definitiva, en el presente trabajo se constata la presencia notable de diversos trastornos mentales relacionados, por ejemplo, con los trastornos afectivos, de ansiedad o demencias (Yuste, Rubio y Aleixandre, 2004). Este aspecto es importante tenerlo en consideración de cara a la planificación de los servicios asistenciales, adaptándolos tanto a las características presentes en esta población como a sus necesidades en términos de dependencia (Gázquez, Rubio, Pérez y Lucas, 2008) y del coste asociado a esta (Herbert, Dubuc, Buteau, Desrosiers, Bravo, Trotter et al., 2001). Del mismo modo, se están dando a conocer las características objetivas de nuestros mayores (en términos de enfermedades), pero a este análisis de las medidas de funcionamiento objetivo debería añadirse un estudio sobre los aspectos subjetivos (Yuste, Rubio y Aleixandre, 2004; Gázquez et al., 2008), como la forma en que cada sujeto afronta la enfermedad, el proceso de envejecimiento, etc., ya que pueden ser extremadamente relevantes (Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2003), incluso más que las circunstancias vitales objetivas (formando parte de estas la presencia o ausencia de enfermedad).

Referencias

- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Smit, J.H., Comijs, H.C., Braam, A.W., de Beurs, E. y van Tilburg, W. (2004). Dysthymia in later life: a study in the community. *Journal of Affective Disorders*, 81, 191-199.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(S.1), 4-11.
- Berr, C., Wancata, J. y Ritchie, K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 463-471.
- Börjesson-Hanson, A., Edin, E., Gislason, T. y Skoog, I. (2004). The prevalence of dementia in 95 year olds. *Neurology*, 63, 2436-2438.
- Campos, J., Ardanaz, J. y Navarro, A. (2004). Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(4), 232-239.

- Cankurtaran, M., Halil, M., Balam, B., Dagli, N., Sahin, E. y Ariogul, S. (2005). Depression and concomitant diseases in a Turkish geriatric outpatient setting. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40, 307-315.
- Carbonell, C. (2000). La depresión en el anciano. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(7-Mon 2), 1-2.
- De Miguel, A. (2005). Diferencias de edad y género en el NEO-PI-R en dos muestras con distinto nivel académico. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 13-31.
- Gallo, J.J. y Lebowitz, B.D. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: Themes for the new century. *Psychiatric Services*, 50, 1158-1166.
- Gázquez, J.J., Yuste, N. y Pérez, M.C. (2005). Review of biological hypotheses explaining aging. *Anales de Psicología*, 21(2), 323-327.
- Gázquez, J.J., Pérez, M.C., Miras, F., Yuste, N., Lucas, F. y Ruiz, M.D. (2007). Análisis y satisfacción del Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Almería. *Anales de Psicología*, 23(1), 101-108.
- Gázquez, J.J., Rubio, R., Pérez, M.C. y Lucas, F. (2008). Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 117-126.
- Gázquez, J.J., Pérez, M.C., Lucas, F. y Palenzuela, M.M. (2008). *European Journal of Education and Psychology*, 1(1), 69-80.
- Gómez-Feria, I. (2003). Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en una muestra de pacientes psicogeriatricos. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 24(5), 41-46.
- Hendrie, H.C. (1998). Epidemiology of Dementia and Alzheimer's Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 3-18.
- Herbert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trotter, L. et al. (2001). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal on Aging*, 20, 1-21.
- IMSERSO (2005). *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo1*. Madrid: IMSERSO.
- Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L.A. et al. (1999). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. *Neurology*, 52, 78-84.
- Lobo, A., Ventura, T. y Marco, C. (1990). Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: Prevalence of disorder and validity of screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 83-91.
- Lobo, A., Sanz, P., Marcos, G., Día, J.L. y de la Cámara, C. (1995). The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern european population. The Zaragoza study. *Archives of General Psychiatry*, 52, 497-506.
- Lobo, A., Launer, L.J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M.M.B. et al. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54(S.5), 4-9.
- Malmgren, R. (1994). *Epidemiology of aging*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. y Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*, 12, 19-26.
- Nuevo, R. (2005). Sensibilidad y especificidad del Cuestionario de Preocupación y Ansiedad para la detección del trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 135-141.
- OMS y WPA. (2002). Declaración de consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica (declaración de Lausanne). *Revista de PsicoGeriatría*, 2, 6-21.
- Pando, M., Aranda, C., Alfaro, N. y Mendoza, P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(3), 140-144.
- Peña, J., Tardón, A., Menéndez, I.A. y Blázquez, B. (2000). Prevalencia de demencia en población mayor de 80 años en el municipio de Oviedo. *Psicothema*, 12(2), 431-437.
- Ravaglia, G., Forti, P., Maioli, F., Martelli, M., Servadei, L., Brunetti, N. et al. (2005). Incidence and etiology of dementia in a large elderly Italian population. *Neurology*, 64, 1525-1530.
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M.L., Mann, A., Dupuy, A.M., Malafose, A. y Boulenger, J.P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *British Journal of Psychiatry*, 184, 147-152.
- Robins, L.N. y Regler, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America. The epidemiological catchment area study*. Nueva York: Free Press.
- Rodríguez, M. y Sánchez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de psicología*, 20, 175-186.
- Rogers, H. & Arango, J.C. (2006). Retrogenesis theory in Alzheimer's disease: Evidence and clinical implications. *Anales de Psicología*, 22(2), 260-266.
- Saz, P., Launer, L.J., Día, J.L., de la Cámara, C., Marcos, G. y Lobo, A. (1999). Mortality and mental disorders in a spanish elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 1031-1038.
- Tsai, Y.F., Yeh, S.H. y Tsai, H.H. (2005). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among community-dwelling elders in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1097-1102.
- Vega, S. y Bermejo, P.F. (2002). Prevalencia de demencia en mayores de 60 años en el medio rural: estudio puerta a puerta. *Medicina General*, 48, 794-805.
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.
- Yuste, N., Rubio, R. y Aleixandre, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

(Artículo recibido: 8-1-2008; aceptado: 18-9-2008)