

## Relación entre la Salud Mental y el Nivel de Funcionamiento de las Personas Mayores de 65 Años de la Comunidad de Madrid

Alba Zamorano, Manuel Muñoz, Berta Ausín y Eloísa Pérez

Universidad Complutense de Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 10 de septiembre de 2018

Aceptado el 5 de marzo de 2019

Online el 29 de abril de 2019

#### Palabras clave:

Nivel de funcionamiento

Salud mental

Salud física,

Trastorno mental

Personas mayores

#### Keywords:

Level of functioning

Mental health

Physical health

Mental disorder

Elderly people

### RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el nivel de funcionamiento (NdF) y las variables sociodemográficas y, salud física y mental de las personas mayores de 65 años. La muestra ( $N = 555$ ) se tomó al azar en la Comunidad de Madrid. Los trastornos mentales se evaluaron con la CIDI65+ y el NdF con la WHODAS II y con la HoNOS65+. Se realizaron análisis de medias, ANOVA, ajuste de Bonferroni y un análisis de regresión lineal múltiple. Las mujeres presentan un NdF más bajo que los hombres y el NdF empeora con la edad. Los trastornos físicos y mentales tienen un impacto similar en el NdF. Las variables que ejercen un mayor impacto sobre el NdF son el número de síntomas psicológicos, la presencia de cualquier trastorno mental, una peor situación financiera, tener una mayor edad y otorgar poca importancia a las creencias religiosas.

### Relationship between mental health and level of functioning in people over 65 years in Madrid Region

### ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the relationship between the level of functioning (LoF) and a number of variables: sociodemographic variables, physical and mental health of people over 65 years. The sample ( $N = 555$ ) was a random sample from Madrid Region. Mental disorders were evaluated with the CIDI65+ and LoF with the WHODAS II and the HoNOS65+. Analysis of means, ANOVAs, Bonferroni adjustment, and a multiple linear regression analysis were performed. Women have a lower LoF than men and LoF decreases with age. Physical and mental disorders have a similar impact on LoF. The variables that have a greater impact on LoF are the number of psychological symptoms, the presence of any mental disorder, a worse financial situation, being older, and giving little importance to religious beliefs.

La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (World Health Organization - WHO, 2001) señala que el nivel de funcionamiento (NdF) y la discapacidad mantienen una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales. Estos últimos incluyen tanto factores personales como factores ambientales y también influyen en la calidad de vida del individuo. Por tanto, se plantea la discapacidad como un concepto multidimensional producto de la interacción entre los atributos de un individuo y las características del entorno físico, social y actitudinal de la persona.

A medida que aumenta la edad, la autonomía y la independencia cobran gran importancia (Soberanes Fernández, González Pedraza Avilés y Moreno Castillo, 2009). En nuestro país, según datos del IMSERSO (2014), el 31.9% de los mayores de 65 años necesitan ayuda

de otras personas para realizar alguna de las actividades de su vida diaria, apareciendo limitaciones funcionales importantes. La discapacidad aumenta en función de la edad a más de cinco de cada diez personas mayores de 74 años y a tres de cada cuatro personas en el grupo de 85 y más años (IMSERSO, 2014). Esto puede, a su vez, limitar su participación social.

En el ámbito de las personas mayores, la literatura señala que las mujeres suelen presentar mayores problemas de funcionamiento y mayor discapacidad (Crimmins, Kim y Solé- Auró, 2010; Leveille, Resnick y Balfour, 2000; Murtagh y Hubert, 2004; Newman y Brach, 2001), aunque parece que estas diferencias pueden estar mediadas por factores socioeconómicos y de salud, ligados a las relaciones sociales (Rodrigues, Facchini, Thumé y Maia, 2009). Por otro lado, una mayor edad se asocia con un peor NdF, tal y como reflejan algunos

Para citar este artículo: Zamorano, A., Muñoz, M., Ausín, B. y Pérez, E. (2019). Relación entre la salud mental y el nivel de funcionamiento de las personas mayores de 65 años de la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 30, 63-71. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a8>

Financiación. Este trabajo ha sido financiado por una beca de la Comisión Europea (Grant No. 223105) dentro del 7º Programa Marco de Investigación de la UE. Correspondencia: [bausin@ucm.es](mailto:bausin@ucm.es) (B. Ausín).

ISSN: 1130-5274/© 2019 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

estudios (Berlau, Corrada, Peltz y Kawas, 2012; Hajek et al., 2017; Kabayama, Mikami y Kamide, 2018). El efecto negativo de la edad sobre el Ndf parece mantenerse incluso una vez controlados otros factores tales como las variables sociodemográficas, la presencia de depresión, el deterioro cognitivo o las enfermedades crónicas (Hajek y Könik, 2016).

Además del sexo y la edad, se ha estudiado la relación de otras variables sociodemográficas con el Ndf: el estado civil, el nivel socio-económico, el número de contactos con personas significativas o el hecho de vivir solo. Los resultados de estos estudios señalan un mejor Ndf en las personas mayores solteras (Alexandre, Cordeiro y Ramos, 2009), con elevado nivel socio-económico (Alexandre, Cordeiro y Ramos, 2009; Beland y Zunzunegui, 1999; Smith, Sim, Scharf y Phillipson, 2004), con mayor número de contactos con personas significativas (García, Banegas, Perez-Regadera, Cabrera y Rodríguez-Artalejo, 2005; Smith et al., 2004; Stuck et al., 1999) y que viven solas (Alexandre et al., 2009).

De la misma forma, el Ndf está relacionado con la salud física y mental (Daniels, van Rossum, de Witte, Kempen y van den Heuvel, 2008; Netuveli y Blane, 2008). En cuanto a la salud física, diferentes estudios ponen de manifiesto la relación entre un bajo Ndf, problemas de salud y calidad de vida (CdV) (Borglin, Jakobsson, Edberg, Hallberg y 2006). Dado que el proceso de envejecimiento se asocia con el inicio de enfermedades crónicas, Garin, Olaya, Miret y Ayuso-Mateos (2014) estudiaron el impacto de las este tipo de enfermedades en la CdV y discapacidad de los mayores en España, con un total de 3,625 participantes mayores de 50 años. Los resultados muestran que todas las condiciones incluidas en el estudio (artritis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, edentulismo, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, ansiedad y depresión), exceptuando la hipertensión, tienen un impacto negativo en la CdV y en el Ndf.

En cuanto a la salud mental, los datos acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en las personas mayores son heterogéneos (Volkert, Schulz, Härter, Włodarczyk y Andreas, 2013) y parecen indicar un decremento de este tipo de trastornos a medida que aumenta la edad (Reynolds, Pietrzak, El-Gabalawy, Mackenzie y Sareen, 2015). A esto hay que añadir que son escasos los estudios que analizan las variables de salud mental relacionadas con el Ndf en las personas mayores de 65 años. El estudio ESEMeD (Alonso et al., 2004) encuentra que el Ndf de las personas mayores de 65 años europeas disminuye en las personas con un trastorno mental, siendo los problemas que más afectan los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos afectivos y los relacionados con el uso/abuso de alcohol. En cuanto a los problemas de ansiedad en personas mayores, se ha relacionado con un mayor riesgo de sufrir enfermedades físicas, tales como hiperlipidemia, enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares (Chang, Chen et al. 2016). También se ha evidenciado que la presencia de ansiedad en este grupo de edad se asocia con una limitación funcional y en las actividades de la vida diaria (Brenes et al., 2005; Norton et al., 2012). Sin embargo, el número de estudios que se han interesado por la relación entre los trastornos de ansiedad y el Ndf en personas mayores es reducido. Pese a ello, algunos autores han demostrado que la presencia de ansiedad supone una reducción de la calidad de vida en este grupo de edad (Sarma y Byrne, 2014).

En cuanto a la relación entre la sintomatología depresiva y el Ndf en las personas mayores, Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, Selbæk y Helvik (2015) llevaron a cabo una revisión sistemática acerca de este tema, incluyendo 74 estudios. Los resultados indican que la depresión se asocia con un decremento del Ndf y de la CdV. Chang, Ouyang, Lu, Wang y Hu (2016) y Jia y Lubetkin (2016) evidenciaron que incluso la sintomatología depresiva leve ejerce una repercusión significativa sobre el Ndf y la CdV de las personas. Resultados similares son informados por Yu-Chen, Yao, Hu, y Jung-Der (2015). Por su parte, Van der Weele, Gussekloo, De Waal, De Craen y Van der Mast (2009) demostraron que las personas de 90 años con depresión presentaban, además de una peor CdV y un menor Ndf, un mayor riesgo de mortalidad.

El tercer trastorno mental con mayores tasas de prevalencia entre las personas mayores de 65 años es el trastorno relacionado con el uso/abuso de alcohol. El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud (Lim et al., 2012). Los estudios que han investigado acerca del impacto del consumo de alcohol en el Ndf y la CdV de las personas muestran resultados variados (Chan, von Mühlen, Kritz- Silverstein y Barrett-Connor, 2009; Martinez, Lien, Landheim, Kowal y Clausen, 2014; Santos, Barreto, Santos y Marchini, 2014).

Tras revisar los estudios precedentes que analizan la relación entre la salud mental de las personas mayores de 65 años y su Ndf se observa que no han empleado una entrevista diagnóstica para evaluar los trastornos mentales adaptada a la población mayor ni han utilizado una muestra amplia de personas mayores de 65 años que incluya al grupo de personas mayores de 75 años (Ausín, Muñoz, Santos-Olmo, Pérez-Santos y Castellanos, 2017; Volkert et al., 2013). Para salvar esta limitación, el Estudio MentDis\_ICF65+ (salud y bienestar de las personas entre 65 y 84 años en Europa) (Andreas et al., 2013, 2017; Ausín et al., 2017; Canuto et al., 2017; Dehoust et al., 2017; Volkert, Andreas et al., 2017; Volkert, Härter et al., 2017; Wittchen et al., 2014) se realiza en 6 ciudades europeas y analiza la relación entre la salud física y mental de las personas mayores de 65 años y su Ndf, utilizando una entrevista diagnóstica sobre los trastornos mentales adaptada a la población mayor y empleando una muestra amplia de personas mayores de 65 años. A continuación se presentan los principales resultados del Estudio MentDis\_ICF65+ en cuanto a la relación entre el Ndf y las variables género, edad y salud física y mental de las personas mayores de 65 años de la Comunidad de Madrid.

## Método

### Muestra

La muestra ( $N = 555$ ) se tomó al azar en la Comunidad de Madrid (ciudad y zonas rurales) y está estratificada por edad y sexo. Se compone de hombres y mujeres de entre 65 y 84 años, con una edad media de 73.5 años. En la **Tabla 1** se recogen las principales características socio-demográficas de la muestra.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra

	Total (N = 555)
Edad	N(%)
65-69	184 (33.2)
70-74	112 (20.2)
75-79	147 (26.5)
80-84	112 (20.2)
Sexo	
Mujeres	288 (51.9)
Hombres	267 (48.1)
Estado civil	
Casados	336 (60.5)
Separados/divorciados/viudos	192 (34.6)
Nunca estuvieron casados/otros	27 (4.9)
Años de escolaridad	
De 0 a 8	302 (54.4)
De 9 a 12	124 (22.3)
13 o más	127 (22.9)
Situación laboral	
Jubilados	400 (72.1)
Amo/a de casa	137 (24.7)
Trabajando	13 (2.3)
Desempleados	4 (0.7)
Otros	1 (0.2)
Situación financiera	
Muy buena	15 (2.7)
Buena	150 (27)
Suficiente	291 (52.4)
Mala	86 (15.5)
Muy mala	13 (2.3)

## Instrumentos

**Evaluación de variables sociodemográficas.** Se incluye en la entrevista un formulario de recogida de datos sociodemográficos, que incluye información acerca del sexo, la edad, el estado civil, la situación laboral, los años de escolarización, el número de relaciones cercanas significativas, el hecho de vivir solo, el grado de carga soportado, la situación financiera, la frecuencia de problemas financieros, la afiliación religiosa y el número de enfermedades o síntomas físicos.

**Evaluación de los trastornos mentales.** Se empleó la entrevista diagnóstica internacional compuesta para personas mayores de 65 años (CIDI65+; Wittchen et al., 2014) que aporta diagnósticos según criterios del sistema de clasificación DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

La entrevista evalúa los siguientes trastornos:

- Trastornos somatoformes.
- Trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y fobia específica).
- Trastornos depresivos.
- Trastorno bipolar.
- Sintomatología psicótica.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Abuso de sustancias (sección de detección de nicotina, alcohol y drogas).
- Trastorno adaptativo.
- Trastorno de estrés agudo.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Deterioro cognitivo.

La fiabilidad test-retest de esta entrevista es aceptable para el trastorno de ansiedad ( $\kappa = .62$ , rango = .30-.78) (Wittchen et al., 2014). Por último, para conocer la edad de inicio de los episodios y su duración, la entrevista CIDI65+ incluye preguntas acerca de la fecha de inicio y de recencia de cada uno de los episodios de fobia específica que haya podido sufrir la persona evaluada.

**Evaluación de la salud física.** La entrevista diagnóstica internacional compuesta para personas mayores de 65 años (CIDI65+; Wittchen et al., 2014) incluye un listado de posibles problemas de salud física entre los que la persona entrevistada debe indicar si sufre alguno en el momento actual. El listado de problemas de salud física es el siguiente: dolor persistente/continuo, dolor recurrente, debilidad, problemas de corazón, hipertensión, diabetes, problemas gastrointestinales, problemas respiratorios (pulmón), cáncer, incontinencia, discapacidad física, problemas auditivos, mala visión (ceguera, enfermedades neurológicas (p. ej., parkinson, demencia, etc.) y otros.

**Evaluación del nivel de funcionamiento.** Se utilizó la versión de doce ítems del *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS II; WHO, 2000). Sirve para medir la salud y la discapacidad basándose en la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (WHO, 2001). La versión utilizada en este estudio consta de doce ítems en los que se pregunta al sujeto por las dificultades que ha tenido en el último mes para realizar diferentes actividades y tareas comunes (moverse, realizar las tareas del hogar, desenvolverse a nivel cognitivo y social, autocuidado y sociedad). Las respuestas oscilan entre 1 (*ninguna dificultad*) y 5 (*dificultad extrema/no puede hacerlo*). La fiabilidad test-retest es de .98. La consistencia interna es de .98.

Además, se empleó la *Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults* (HoNOS65+; Ausín, Muñoz y Quiroga, 2007; Burns et al., 1999), que se compone de 12 escalas que valoran diferentes aspectos relacionados con la salud y el funcionamiento psicosocial y que responde el clínico. Evalúa las siguientes áreas problemáticas: conducta alborotada, autolesiones no accidentales, consumo problemático de alcohol o drogas, problemas cognitivos, problemas relacionados con una enfermedad física/discapacidad, problemas asociados a la presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes, problemas en relación con síntomas depresivos, otros problemas mentales y conductuales, problemas con las relaciones sociales o de

apoyo, problemas con las actividades de la vida diaria, problemas generales con las condiciones de vida y problemas con el trabajo y las actividades de ocio-calidad del entorno cotidiano. Las respuestas a las 12 escalas que la componen se puntúan en un rango de 0 a 4, siendo cero *sin problemas* y 4 *problemas graves* en esa área. La adaptación española de la HoNOS65+ (Ausín et al., 2007) informa de una consistencia interna de .65. Los valores de las correlaciones de Pearson entre la práctica totalidad de las escalas HoNOS65+ y otras pruebas que evalúan constructos similares son estadísticamente significativos.

## Procedimiento

Todas las entrevistas se realizaron en el domicilio de las personas. Los participantes daban su consentimiento por escrito antes de realizar la entrevista. La duración media de las entrevistas fue de 84 minutos. El comité ético de la Universidad Complutense de Madrid aprobó tanto el procedimiento de captación de la muestra como el modo en que los participantes daban su consentimiento informado para participar en el estudio.

## Análisis Estadístico

Se realizaron análisis de medias de las puntuaciones de los diferentes instrumentos empleados para conocer las puntuaciones medias de las personas de la muestra en NdF.

Se llevó a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) para conocer las posibles diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de sujetos en las medidas de NdF (WHODAS II y HoNOS65+). Una vez rechazada la hipótesis nula de igualdad de medias mediante ANOVA, para ajustar el nivel de significación en relación al número de pruebas estadísticas realizadas simultáneamente, se empleó el ajuste de Bonferroni. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple mediante el método por pasos para determinar el efecto de la edad (por estratos de 65-74 años y 75-84 años), el género y la presencia de trastornos mentales sobre el NdF (WHODAS II y HoNOS65+). Se empleó el programa estadístico SPSS versión 22.0 (IBM Corp., 2013).

## Resultados

### Nivel de Funcionamiento de las Personas Mayores de 65 Años y su Relación con las Variables Género y Edad

Respecto al NdF de la muestra, medido por la puntuación de la escala WHODAS II, los resultados son los siguientes: un 28.8% no presenta ninguna discapacidad, un 33.5% tiene una discapacidad leve, un 19.2% una discapacidad moderada y un 18.5% de los sujetos presenta una discapacidad severa.

En la escala WHODAS II, las mujeres obtienen puntuaciones medias significativamente mayores que los hombres tanto en la puntuación total (17.83 en mujeres frente a 15.97 en hombres) como en las subescalas de movilidad y participación y sociedad, lo que indica un peor funcionamiento en estas áreas. Del mismo modo, las mujeres refieren mayores dificultades para estar de pie durante largos periodos de tiempo, cumplir con sus tareas de la casa, aprender una nueva tarea, caminar largas distancias y llevar a cabo su trabajo diario (Tabla 2).

Respecto a las diferencias entre los dos grupos de edad, el grupo de personas más envejecidas (75-84) obtiene una puntuación media significativamente mayor, tanto en la puntuación total (15.75 en el grupo 65-74 frente a 18.29 en el grupo 75-84) como en todas las subescalas, exceptuando la subescala de relaciones sociales. Asimismo, obtienen mayores puntuaciones medias en todos los ítems de la escala, exceptuando los vinculados con el área de relaciones sociales

**Tabla 2.** Puntuaciones medias en cada ítem de la escala WHODAS II

Ítems	Total (1-5)	Mujeres	Hombres	65-74	75-84
1. ¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1.86 ± 1.18	2.11 ± 1.27*	1.58 ± 1.01*	1.69 ± 1.06*	2.05 ± 1.27*
2. ¿Cumplir con sus tareas de la casa?	1.55 ± 0.93	1.68 ± 0.98*	1.40 ± 0.85*	1.39 ± 0.80*	1.72 ± 1.04*
3. ¿Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado?	1.40 ± 0.83	1.47 ± 0.94*	1.33 ± 0.68*	1.27 ± 0.69*	1.56 ± 0.94*
4. ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad?	1.36 ± 0.78	1.39 ± 0.84	1.32 ± 0.70	1.27 ± 0.70*	1.46 ± 0.85*
5. ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su estado de salud?	1.76 ± 1.03	1.91 ± 1.09*	1.61 ± 0.94*	1.65 ± 0.99*	1.90 ± 1.06*
6. ¿Concentrarse en algo durante 10 minutos?	1.26 ± 0.64	1.28 ± 0.67	1.24 ± 0.59	1.22 ± 0.59	1.32 ± 0.68
7. ¿Caminar largas distancias, como un kilómetro?	1.74 ± 1.23	1.92 ± 1.33*	1.55 ± 1.08*	1.49 ± 1.01*	2.03 ± 1.38*
8. ¿Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?	1.16 ± 0.63	1.14 ± 0.59	1.19 ± 0.67	1.11 ± 0.48*	1.23 ± 0.76*
9. ¿Vestirse?	1.15 ± 0.57	1.15 ± 0.58	1.16 ± 0.56	1.08 ± 0.41*	1.24 ± 0.70*
10. ¿Relacionarse con personas que no conoce?	1.22 ± 0.62	1.24 ± 0.65	1.21 ± 0.58	1.22 ± 0.59	1.22 ± 0.64
11. ¿Mantener una amistad?	1.16 ± 0.54	1.17 ± 0.58	1.15 ± 0.50	1.17 ± 0.55	1.15 ± 0.53
12. ¿Llevar a cabo su trabajo diario?	1.30 ± 0.68	1.36 ± 0.72*	1.23 ± 0.64*	0.19 ± 0.8*	1.42 ± 0.76*
13. En total, ¿en qué medida han interferido estos problemas en su vida?	1.59 ± 0.89	1.70 ± 0.95*	1.46 ± 0.80*	1.46 ± 0.82*	1.73 ± 0.94*
14. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	6.34 ± 11.05	8.12 ± 11.94*	4.45 ± 9.68*	4.11 ± 9.14*	8.91 ± 12.43*
15. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha sido usted totalmente incapaz de llevar a cabo sus actividades diarias o de trabajo debido a su estado de salud?	1.55 ± 5.63	1.73 ± 5.80	1.35 ± 5.45	0.93 ± 4.14*	2.26 ± 6.90*
16. En los últimos 30 días, sin contar los que ha sido totalmente incapaz, ¿durante cuántos días ha abandonado o reducido sus actividades diarias o de trabajo debido a su estado de salud?	2.77 ± 7.41	3.49 ± 8.12*	2.0 ± 6.50*	1.56 ± 4.15*	4.15 ± 8.78*
Puntuación total (12-60)	16.93 ± 6.13	17.83 ± 6.40*	15.97 ± 5.68*	15.75 ± 5.34*	18.29 ± 6.68*
Subescala movilidad (2-10)	3.60 ± 2.17	4.03 ± 2.35*	3.13 ± 1.85*	3.18 ± 1.83*	4.08 ± 2.41*
Subescala hogar (2-10)	2.85 ± 1.44	3.05 ± 1.52*	2.63 ± 1.32*	2.59 ± 1.19*	3.14 ± 1.63*
Subescala cognición (2-10)	2.66 ± 1.16	2.75 ± 1.30	2.57 ± 0.99	2.48 ± 1.03*	2.87 ± 1.27*
Subescala relaciones (2-10)	2.38 ± 0.99	2.41 ± 1.05	2.36 ± 0.94	2.39 ± 0.95	2.37 ± 1.04
Subescala cuidado personal (2-10)	2.32 ± 1.13	2.29 ± 1.08	2.34 ± 1.18	2.19 ± 0.81*	2.46 ± 1.39*
Subescala participación (2-10)	3.12 ± 1.48	3.30 ± 1.59*	2.95 ± 1.34*	2.92 ± 1.41*	3.36 ± 1.53*

\* $p < .05$ .

(ítem 10, “relacionarse con personas que no conoce” e ítem 11, “mantener una amistad”) y el ítem 6, que indaga en la capacidad de concentrarse en algo durante 10 minutos. Estas puntuaciones reflejan un peor funcionamiento y mayores dificultades en el grupo de personas de mayor edad (Tabla 2).

En cuanto la medida del NdF evaluado a través de las escalas HoNOS65+, se observa una puntuación media de 0.47 sobre 4 (con una desviación típica de 0.37), indicando que por lo general no existen grandes alteraciones en estos ámbitos. En las escalas HoNOS65+ las mujeres obtienen una puntuación media total significativamente mayor que los hombres (0.51 en mujeres frente a 0.42 en hombres), lo que se traduce en un peor funcionamiento psicosocial. Además, también aparecen diferencias significativas en el ítem 4 de “problemas cognitivos” (0.51 en mujeres frente a 0.42 en hombres), 5

de “problemas relacionados con una enfermedad física/discapacidad” (1.50 en mujeres frente a 1.26 en hombres), 7 de “problemas en relación con síntomas depresivos” (0.95 en mujeres frente a 0.56 en hombres) y 8 de “otros problemas mentales y conductuales” (1.45 en mujeres frente a 0.96 en hombres), obteniendo en todos ellos una puntuación significativamente mayor que los hombres. Sin embargo, en el ítem que valora el consumo problemático de alcohol o drogas (ítem 3) son los hombres los que tienen una puntuación media significativamente mayor que las mujeres (0.03 en mujeres frente a 0.16 en hombres) (Tabla 3).

De nuevo se observan algunas diferencias entre ambos grupos de edad. El grupo de personas de mayor edad obtiene puntuaciones medias significativamente superiores al del grupo más joven tanto en la puntuación media total como en el ítem 4 de “problemas

**Tabla 3.** Puntuaciones medias en cada ítem de las escalas HoNOS65+

Ítems	Total (0-4)	Mujeres	Hombres	65-74	75-84
1. Conducta alborotada	0.32 ± 0.63	0.32 ± 0.64	0.32 ± 0.61	0.33 ± 0.67	0.31 ± 0.66
2. Autolesiones no accidentales	0.07 ± 0.35	0.07 ± 0.40	0.06 ± 0.29	0.07 ± 0.38	0.07 ± 0.32
3. Consumo problemático de alcohol o drogas	0.10 ± 0.38	0.03 ± 0.17*	0.16 ± 0.51*	0.12 ± 0.45	0.07 ± 0.28
4. Problemas cognitivos	0.51 ± 0.71	0.57 ± 0.75*	0.44 ± 0.66*	0.34 ± 0.59*	0.70 ± 0.78*
5. Problemas relacionados con una enfermedad física/discapacidad	1.39 ± 1.16	1.50 ± 1.16*	1.26 ± 1.16*	1.15 ± 1.06*	1.66 ± 1.22*
6. Problemas asociados a la presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes	0.07 ± 0.34	0.08 ± 0.33	0.07 ± 0.35	0.08 ± 0.39	0.06 ± 0.27
7. Problemas en relación con síntomas depresivos	0.77 ± 0.93	0.95 ± 0.99*	0.56 ± 0.81*	0.64 ± 0.91*	0.91 ± 0.94*
8. Otros problemas mentales y conductuales	1.21 ± 1.22	1.45 ± 1.23*	0.96 ± 1.15*	1.22 ± 1.22	1.21 ± 1.21
9. Problemas con las relaciones sociales o de apoyo	0.40 ± 0.72	0.40 ± 0.69	0.40 ± 0.75	0.33 ± 0.63*	0.49 ± 0.80*
10. Problemas con las actividades de la vida diaria	0.25 ± 0.62	0.20 ± 0.54	0.30 ± 0.69	0.14 ± 0.44*	0.38 ± 0.75*
11. Problemas generales con las condiciones de vida	0.16 ± 0.50	0.14 ± 0.47	0.17 ± 0.53	0.07 ± 0.29*	0.24 ± 0.63*
12. Problemas con el trabajo y las actividades de ocio. Calidad del entorno cotidiano	0.31 ± 0.67	0.35 ± 0.68	0.27 ± 0.65	0.25 ± 0.62*	0.38 ± 0.71*
Puntuación total	0.47 ± 0.37	0.51 ± 0.36*	0.42 ± 0.37*	0.40 ± 0.36*	0.54 ± 0.36*

\* $p < .05$ .

**Tabla 4.** Comparación del impacto de los trastornos físicos y mentales en las escalas WHODAS II y HONOS65+: análisis de varianza, medias de cada grupo y tamaño del efecto (*d* de Cohen) de las diferencias entre grupos

	Instrumento	N	M (DT)	G1: trastorno mental	G2: trastorno físico	G3: ambos	G4: ninguno
					<i>d</i> (dif. M)	<i>d</i> (dif. M)	<i>d</i> (dif. M)
Grupo 1: trastorno mental	WHODAS II	42	15.67 (4.14)	x	0.32 (-1.69)	0.76 (-3.97)***	-0.36 (1.46)
	HoNOS65+	42	0.46 (0.29)	x	0.00 (-0.01)	0.66 (-0.25)***	-0.76 (0.19)***
Grupo 2: trastorno físico	WHODAS II	256	17.36 (6.19)		x	0.37 (-2.28)**	-0.60 (3.14)***
	HoNOS65+	257	0.46 (0.35)		x	0.62 (-0.24)***	-0.67 (0.20)***
Grupo 3: ambos	WHODAS II	117	19.63 (7.21)			x	-1.04 (5.42)***
	HoNOS65+	119	0.71 (0.42)			x	-1.30 (0.44)***
Grupo 4: ninguno	WHODAS II	137	14.21 (4.04)				x
	HoNOS65+	137	0.26 (0.23)				x
WHODAS II		$F(3, 548) = 19.32^{**}$					
HoNOS65+		$F(3, 551) = 36.10^{***}$					

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

cognitivos" (0.34 en el grupo 65-74 frente a 0.70 en el grupo 75-84), en el 5 de "problemas relacionados con una enfermedad física/discapacidad" (1.15 en el grupo 65-74 frente a 1.66 en el grupo 75-84), en el 7 de "problemas en relación con síntomas depresivos" (0.64 en el grupo 65-74 frente a 0.91 en el grupo 75-84), en el 9 de "problemas con las relaciones sociales o de apoyo" (0.33 en el grupo 65-74 frente a 0.49 en el grupo 75-84), en el 10 de "problemas con las actividades de la vida diaria" (0.14 en el grupo 65-74 frente a 0.38 en el grupo 75-84), en el 11 de "problemas generales con las condiciones de vida" (0.07 en el grupo 65-74 frente a 0.24 en el grupo 75-84) y en el 12 de "problemas con el trabajo y las actividades de ocio" (0.25 en el grupo 65-74 frente a 0.38 en el grupo 75-84) (Tabla 3).

### Comparación del Impacto de los Trastornos y Síntomas Físicos y de los Trastornos Mentales en el NdF

Se examinaron las diferencias en los resultados globales de las escalas WHODAS II y HoNOS65+ y se dividió la muestra en 4 grupos:

- Grupo 1 (trastorno mental): personas con trastornos mentales (excluyendo adicción a la nicotina) y que no referían tener problemas físicos importantes.
- Grupo 2 (trastorno físico): formado por las personas que tenían dos o más problemas relacionados con la salud física, como dolor persistente, dolor recurrente, debilidad, problemas de corazón, hipertensión, diabetes, problemas gastrointestinales, problemas respiratorios, cáncer, incontinencia, discapacidad física, problemas auditivos, mala visión o enfermedades neurológicas. Se incluyó únicamente a las personas que presentaran al menos dos síntomas físicos, dado que la gran mayoría de la muestra presentaban al menos uno de ellos.
- Grupo 3 (ambos): se incluye a las personas que puntúan positivo en ambos tipos de problema (físicos y mentales).
- Grupo 4 (ninguno): no puntúan positivo ni en problemas físicos, ni mentales.

El análisis de la varianza (ANOVA) arroja diferencias estadísticas significativas entre los diferentes grupos para ambas escalas (Tabla 4).

En la Tabla 4 se recoge la comparación del impacto de los trastornos físicos y mentales en las escalas WHODAS II y HoNOS65+, incluyendo los análisis de varianza, las medias de cada grupo y el tamaño del efecto (*d* de Cohen) de las diferencias entre los cuatro grupos.

En la escala WHODAS II se observa que las personas que tenían tanto problemas físicos como mentales (grupo 3: ambos) obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que todos los demás grupos, lo que en este caso implica un peor nivel de funcionamiento y una mayor discapacidad. En la escala WHODAS II no aparecen diferencias significativas entre las personas que sólo tienen problemas

físicos (grupo 2: trastorno físico) y los que tienen un trastorno mental (grupo 1: trastorno mental), lo que implica que ambos tienen un impacto similar en el funcionamiento.

En la escala HoNOS65+, las personas que presentaban menores puntuaciones, y por tanto un mejor NdF, fueron aquellas que no padecían ni problemas físicos ni trastornos psicológicos (grupo 4: ninguno), como era esperable, y las que presentaban peor NdF fueron las que tenían ambos tipos de trastornos a la vez (grupo 3: ambos). Las diferencias entre las puntuaciones de las personas que presentan algún trastorno psicológico (grupo 1: trastorno mental), en comparación con las que presentan exclusivamente problemas físicos (grupo 2: trastorno físico), son prácticamente inexistentes en las HoNOS65+ (Tabla 4).

Los resultados ponen de relieve que los trastornos físicos y mentales tienen un impacto similar en el nivel de funcionamiento. Se encuentran únicamente diferencias destacables al comparar el nivel de funcionamiento del grupo 1 (trastorno mental) respecto al grupo 4 (ninguno), donde se observan diferencias entre ambas medidas empleadas, aunque la tendencia es la misma (Tabla 4). El valor de la *d* de Cohen es de -0.36 (no significativa) en el caso de la WHODAS II y de -0.76 en el caso de la HoNOS65+ (estadísticamente significativa). Ambas medidas identifican con precisión el impacto de los problemas físicos (*d* de Cohen moderados: -0.60 en la WHODAS II y -0.67 en la HoNOS65+). Se considera un tamaño del efecto como pequeño si  $d \leq .20$ , moderado si  $d \leq .50$  y grande si  $d \leq .80$ . (Johnson, Scott-Sheldon, Snyder, Noar y Huedo-Medina, 2008).

### Nivel de Funcionamiento en Personas Mayores de 65 Años de la Comunidad de Madrid y su Relación con Variables Sociodemográficas y Salud Física y Mental

Las variables sociodemográficas incluidas en el análisis fueron el sexo, la edad, el estado civil, la situación laboral, los años de escolarización, el número de relaciones cercanas significativas, el hecho de vivir solo, el grado de carga soportado, la situación financiera, la frecuencia de problemas financieros, la afiliación religiosa y el número de enfermedades o síntomas físicos. Para ver el efecto de la salud mental, se incluyó la presencia de cualquier trastorno psicológico (excluyendo la nicotina) en el último año (CIDI65+) y el número de síntomas psicológicos del listado A5 de la CIDI65+ (tristeza, depresión, desmoralización, ansiedad, preocupaciones, nerviosismo, problemas de sueño, pesadillas, problemas con el alcohol, problemas por la medicación, fatiga, problemas sexuales, problemas de apetito o de peso, pensamientos de suicidio, pensamientos sobre sucesos terribles, confusión, baja autoestima, irritabilidad, inseguridad, dificultades para tomar decisiones, ira y agresividad, pensamientos extraños y experiencias o sensaciones extrañas).

**Tabla 5.** Modelo de regresión para la variable dependiente “escala WHODAS II”

Variable	B	Error estándar	$\beta$	Sig.
Número de síntomas físicos	0.80	0.17	.25	.000
Número de síntomas psicológicos	0.41	0.11	.20	.000
Vivir solo	2.66	0.94	.13	.005
Situación laboral: amo/a de casa	1.98	0.66	.13	.003
Edad	0.11	0.05	.11	.016
Cualquier trastorno mental	1.46	0.62	.11	.018

Nota.  $R^2 = .265$ ,  $N = 552$ ,  $p < .05$ .

El modelo de regresión para la variable dependiente “escala WHODAS II” (Tabla 5) explica un 26.5 % de la varianza ( $R^2 = .265$ ). Para la escala WHODAS II, según el modelo obtenido, la presencia de un mayor número de síntomas físicos y psicológicos, vivir solo, una mayor edad, ser amo o ama de casa y la presencia de cualquier trastorno mental en el último año (excluyendo la adicción a la nicotina) suponen un peor nivel de funcionamiento y una mayor discapacidad.

Aunque se aprecian algunas diferencias en las subescalas del WHODAS II, por lo general las variables que aparecen de forma más frecuente son la presencia de un mayor número de síntomas físicos y psicológicos, ser amo/a de casa y vivir solo. Todas ellas ejercen un impacto negativo sobre el funcionamiento de las personas.

El modelo de regresión para la variable dependiente “escala HoNOS65+” (Tabla 6) explica un 40.1% de la varianza ( $R^2 = .401$ ). Las variables que ejercen un mayor impacto sobre el funcionamiento psicosocial son el número de síntomas psicológicos, la presencia de cualquier trastorno mental (exceptuando la adicción a la nicotina), una peor situación financiera, tener una mayor edad y otorgarles poca importancia a las creencias religiosas.

**Tabla 6.** Modelo de regresión para la variable dependiente “escala HoNOS65+”

Variable	B	Error estándar	$\beta$	Sig.
Número de síntomas psicológicos	0.04	0.01	.36	.000
Cualquier trastorno mental	0.18	0.03	.23	.000
Número de síntomas físicos	0.03	0.01	.16	.000
Situación financiera	0.06	0.02	.14	.001
Edad	0.01	0.00	.12	.003
Creencias religiosas	0.03	0.01	.08	.049

Nota.  $R^2 = .401$ ,  $N = 555$ ,  $p < .05$ .

## Discusión y Conclusiones

Las personas mayores de 65 años de la muestra de este estudio presentan un NdF bastante aceptable, en la misma línea que lo hallado en otros estudios (Bowling, Seetai, Morris y Ebrahim, 2007; Layte, Sexton y Savva, 2013). Respecto a las diferencias por sexo, las puntuaciones obtenidas por las mujeres en las dos medidas de NdF utilizadas señalan que las mujeres presentan peor NdF que los hombres de la muestra. Este resultado puede explicarse por la mayor carga en los cuidados de las personas dependientes que asumen las mujeres mayores de 65 años respecto a los hombres de la misma generación. Se observa en este estudio que el NdF disminuye con la edad, coincidiendo con lo señalado por otros estudios (Fujiwara et al., 2008; Taş et al., 2007).

Los resultados que comparan las consecuencias de los trastornos físicos y mentales en las dos medidas de NdF empleadas sugieren que ambos trastornos tienen un impacto similar en el funcionamiento de las personas mayores de 65 años. En cuanto a las diferencias en el NdF entre las personas con un trastorno mental y las personas sin trastorno mental, la tendencia es similar en ambas medidas de

funcionamiento empleadas, encontrándose que las personas con un trastorno mental muestran un peor NdF que las personas sin trastorno mental. Sin embargo se obtienen diferencias en las puntuaciones en la WHODAS II y la HoNOS65+. En el caso de la HoNOS65+ estas diferencias llegan a ser significativas, lo que podría explicarse porque la HoNOS65+ es específica para personas mayores de 65 años y evalúa también de manera específica problemas psicológicos, siendo más sensible hacia los trastornos mentales. La WHODAS II evalúa más concretamente el nivel de discapacidad y no tanto los problemas psicológicos. Por otro lado, los resultados ponen de relieve que tanto la WHODAS II como la HoNOS65+ identifican muy bien el impacto de los problemas físicos, que es moderado. De la misma forma, ambas medidas reflejan de manera precisa el valor sumatorio de los problemas físicos y mentales del grupo 3 (ambos). En ese sentido, las personas del grupo 3 (ambos) presentan, como es lógico, un NdF más bajo que las personas del resto de los grupos, tanto en la WHODAS II como en la HoNOS65+.

Los resultados ponen de manifiesto que no solo la existencia de un trastorno mental afecta al NdF sino que también la presencia de un mayor número de síntomas psicológicos (sin que se cumplan necesariamente los criterios de trastorno mental) es una variable predictora de un peor NdF. Estudios anteriores obtuvieron resultados similares en relación al impacto que ejerce sobre el NdF la presencia de sintomatología depresiva (Bruce, Seeman, Merrill y Blazer, 1994; Carbonare et al., 2009; Gomes et al., 2014) y ansiosa (de Beurs et al., 1999; Norton et al., 2012). Estos resultados pueden apuntar a la necesidad de atender los síntomas psicológicos y problemas emocionales en la vida de las personas mayores de 65 años, al margen de si se cumplen los criterios diagnósticos para determinado trastorno.

Los resultados indican que el hecho de vivir solo parece relacionarse con limitaciones en el NdF, algo que ya había sido señalado previamente (Aris, Draman, Rahman y Shamsuddin, 2009; Brito, Menezes y Olinda, 2015). Sin embargo, el número de relaciones cercanas significativas no aparece como variable predictora en ninguna de las escalas empleadas para evaluar el NdF. La situación laboral también parece repercutir, observándose mejores puntuaciones en aquellas personas que continúan trabajando, un dato que coincide con lo reflejado en algunos estudios previos (Kachan et al., 2015; Min, Park, Lee y Min, 2015; Minami et al., 2015). Por otro lado, el hecho de trabajar como amo o ama de casa, en comparación con las personas que están jubiladas o que continúan de forma activa en el mercado laboral, también supone un impacto negativo en el NdF.

Estos resultados hacen evidente que la salud mental tiene una carga en el funcionamiento de las personas mayores de 65 años tan potente como la salud física y que cuando una persona mayor sufre ambos problemas de salud (mentales y físicos) su NdF se ve afectada de manera exponencial.

Este estudio muestra ventajas y limitaciones. Una ventaja del presente estudio es la utilización de un instrumento estandarizado y estructurado para evaluar los trastornos mentales, adaptado a las características de las personas mayores (Wittchen et al., 2014).

Hay que señalar que otras variables pueden estar influyendo en los resultados, como por ejemplo vivir en una zona urbana o en una zona rural o diferencias en el acceso a servicios sociales y sanitario. Estos aspectos podrían incluirse en futuros análisis.

En definitiva, los resultados de este estudio ponen de relieve la necesidad de atender los aspectos emocionales de las personas mayores de 65 años, ya que tienen una repercusión directa en el NdF de las personas mayores, especialmente en el caso de las mujeres de mayor edad. Los profesionales de la salud, especialistas o no en salud mental, debemos esforzarnos en emplear estrategias de detección de problemas de salud mental en las personas mayores de 65 años (Ausín y Muñoz, 2018), lo que puede permitir atender estos problemas emocionales (sobre todo problemas de ansiedad y depresión) antes de que afecten al NdF de las personas que los sufren. Además las personas mayores con diagnósticos múltiples (que sufren tanto problemas de salud física como mental) requieren una detección especialmente importante y unos tratamientos integrales, ya que su NdF se ve afectado de manera grave.

### Extended Summary

According to the International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001), the level of functioning (LoF) and disability are related to various factors, both personal and contextual, and have a great influence on a person's quality of life.

In elderly people, the maintenance of a good level of functional independence acquires great importance (Soberanes Fernández, González Pedraza Avilés, & Moreno Castillo, 2009). In this population group, previous studies suggest that women's functional status is worse than men's (Crimmins, Kim & Solé-Auró, 2010; Levelle, Resnick, & Balfour, 2000; Murtagh & Hubert, 2004; Newman & Brach, 2001). Increasing age is also associated with a worse level of functioning (Berlau, Corrada, Peltz, & Kawas, 2012; Hajek et al., 2017; Kabaya, Mikami, & Kamide, 2018), as well as some sociodemographic variables, such as civil status or socioeconomic position.

Numerous studies point out the importance of physical health in LoF, especially in older ages, given that the aging process is associated with the onset of chronic diseases (Garin, Olaya, Miret, & Ayuso-Mateos, 2014). Nevertheless, fewer studies assess the importance of mental health in LoF in elderly people. Empirical findings on the prevalence of mental disorders in older people are heterogeneous (Volkert, Schulz, Härter, Włodarczyk, & Andreas, 2013). Results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd study) (Alonso et al., 2004) show that The ESEMEd study (Alonso et al., 2004) finds that the LoF of people over 65 years old in Europe decreases in those who have a mental disorder. The problems which affect the most are anxiety disorders, followed by affective disorders, and those related to alcohol abuse. Anxiety in this age group is associated with a functional limitation (Brenes et al, 2005; Norton et al., 2012), and so is depression (Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, Selbæk y Helvik, 2015) and even mild depressive symptomatology (Jia & Lubetkin, 2016). In relation to the impact of alcohol consumption on the LoF, the results are varied (Chan, von Mühlen, Kritz-Silverstein and Barrett-Connor, 2009).

Previous studies analysing the relationship between mental health of people over 65 years of age and their LoF did not use a diagnostic interview adapted to elderly population, nor did they use a large sample of people over 65 years of age that included the group of people over 75 years (Ausín, Muñoz, Santos-Olmo, Pérez-Santos, & Castellanos, 2017; Volkert et al., 2013). To overcome this limitation, the European MentDis\_ICF65+ study (Andreas et al., 2013, 2017; Ausín et al., 2017; Dehoust et al., 2017; Volkert et al., 2017a, 2017b; Wittchen et al., 2014) was conducted. The European MentDis\_ICF65+ study analyses the relationship between physical and mental health in people over 65 with their LoF, using a diagnostic interview adapted to the specific characteristics of this age group.

### Method

In this study, the results obtained in Madrid Region are presented, with a sample of 555 people between 65 and 84 years, stratified by age and sex; 51.9% of the people in the sample were women, and 48.1% were men. The average age was 73.5 years.

Different instruments were used. To assess mental disorders, we used the Composite International Diagnostic Interview for people over 65 years of age (CIDI65+; Wittchen et al., 2014) that provides diagnoses according to criteria of the DSM-IV-TR classification system (APA, 2000). To assess the level of functioning, the twelve-item version of the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS II; WHO, 2000) was used, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, 2001). The Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HoNOS65+; Burns et al., 1999; Ausín, Muñoz, & Quiroga, 2007) was also used, which consists of 12 scales that assess different aspects related to health and psychosocial functioning. In addition, a list of physical health problems was included, as well as a questionnaire about sociodemographic variables.

The mean scores of the two LoF scales were analysed, dividing the sample by sex and age groups (65-74 and 75-84). An analysis of variance (ANOVA) was performed to verify if there were significant differences between the different groups, subsequently performing the Bonferroni adjustment. A multiple linear regression analysis was also performed using the "step-by-step" method to determine the effect of age, gender, and mental disorders on LoF. All analyses were conducted using the SPSS 22.0 (IBM Corp., 2013).

### Results

The WHODAS II scale scores show that 28.8% of the sample does not present any disability, 33.5% a mild disability, 19.2% a moderate disability, and 18.5% a severe disability. Women present higher scores on this scale, both on the total score, and on the subscales of Mobility and Participation, which indicates a worse LoF. Regarding the differences between age groups, the group of older people obtained worse scores both on the total score and on all the subscales, except for the Getting along one (Table 2).

On the HoNOS65+ scales, women again obtain a significantly higher total score, and therefore, worse than men (0.51 in women vs. 0.42 in men). Once again, older people obtained significantly higher mean scores both on the total score and on more than half of the items of the scale (Table 3).

**Comparison of the impact of physical disorders and symptoms and mental disorders on the LoF.** The sample was divided into four different groups. Group 1 (mental disorders), consisted of people with mental disorders (excluding nicotine addiction), without major physical problems. Group 2 (physical disorders) formed by people who presented two or more physical health problems. Group 3 (both) consisted of people who presented both physical and mental problems. And finally, Group 4 (none) was formed by people who did not score positive neither on physical problems nor on mental disorders.

The analysis of variance (ANOVA) was conducted to examine if there were significant differences between the different groups. On the WHODAS II scale, people in Group 3 (both) have worse scores than the other groups. On this same scale, no significant differences appear between people who only have physical problems (Group 2: physical disorders) and those who have mental disorder (Group 1: mental disorders), so both have a similar impact on LoF.

On the HoNOS65+ scale, people with the worst LoF are those with both types of disorders (Group 3: both), and there are hardly any differences in the scores of people with a psychological disorder (Group 1: mental disorder) with whom they only present physical problems (Group 2: physical disorder), highlighting the fact that

physical and mental disorders have a similar impact on psychosocial functioning.

**LoF and its relationship with sociodemographic factors, physical health and mental health.** The following variables were included in the analysis: the presence of any psychological disorder (excluding nicotine addiction), the number of psychological symptoms in List A5 of CID165+, the number of physical illnesses or symptoms, and sociodemographic factors.

For the WHODAS II scale, according to the model obtained, the presence of a greater number of physical and psychological symptoms, living alone, older age, being a housewife, and the presence of any mental disorder in the last year (excluding nicotine addiction) suppose a worse level of functioning and greater disability. The regression model explains 26.5% of the variance ( $R^2 = .265$ ).

In the subscales of the WHODAS II, the variables that seem to appear more frequently to have negative impact on the LoF are having a greater number of physical and psychological symptoms, being a householder, and living alone.

In the HoNOS65+ scales, the variables that have a greater impact on psychosocial functioning are the number of psychological symptoms, the presence of any mental disorder (except nicotine addiction), a worse financial situation, being older, and giving little importance to religious beliefs. This model explains 40.1% of the variance ( $R^2 = .401$ ).

## Discussion

As found in previous studies, elderly people in the sample have a fairly acceptable LoF. On both scales, women presented worse scores in LoF than men. A possible explanation for this is that women over 65 years old have a greater burden in the care of dependent persons. It is also observed that the NdF decreases with age.

When comparing the impact of physical and mental disorders on LoF, the results suggest a similar effect. Regarding the differences between people with mental disorder and people without it, the trend is similar, but people with mental disorder have a worse LoF. Nevertheless, differences are found between scores on the two scales, WHODAS II and HoNOS65+. In the latter, differences may be explained by the fact that it is specifically designed for older people, and more sensitive towards mental disorders.

These results show that not only the existence of a diagnosed mental disorder affects the LoF, but also the presence of psychological symptoms, which underscores the need to address psychological and emotional symptoms in people over 65 years of age.

Regarding the sociodemographic variables, the fact of living alone seems to be related to limitations in the LoF. The employment status also seems to be important, with better scores for people who continue in the labour market or who are retired, compared to those who work as householders.

In conclusion, the results of this study show that mental health has a burden on the functioning of people over 65 years of age similar to physical health. When both types of problems occur in the same elderly person, the LoF decreases significantly. It is important that health professionals detect and treat mental health problems in people older than 65 years before it affects their functional status.

The present study has some strengths and limitations. An advantage is the use of a standardized and structured instrument to assess mental disorders, adapted to the characteristics of the elderly (Wittchen et al., 2014). Differences in access to health services and living in urban or rural areas may influence the results, so this could be analysed in future research.

## Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Alexandre, T. D. S., Cordeiro, R. C. y Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, 43, 613-621.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Haro, J. M. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 38-46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- American Psychiatric Association - APA. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (revisado 4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Andreas, S., Härter, M., Volkert, J., Hausberg, M., Sehner, S., Wegscheider, K., ... Grassi, L. (2013). The MentDis\_ICF65+ study protocol: Prevalence, 1-year incidence and symptom severity of mental disorders in the elderly and their relationship to impairment, functioning (ICF) and service utilisation. *BMC psychiatry*, 13(1), 62. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-62>
- 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>
- Aris, M. A. B. M., Draman, S. B., Rahman, J. B. A. y Samsuddin, N. (2009). Functional disabilities and its associated factors among elderly patients in primary care clinics. *International Medical Journal Malaysia*, 16, 251-256.
- Ausín, B. y Muñoz, M. (2018). *Guía práctica de detección de problemas de salud mental*. Madrid, España: Pirámide.
- Ausín, B., Muñoz, M. y Quiroga, M. Á. (2007). Adaptación española de las escalas de resultados para personas mayores HoNOS65+ [Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults]. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42, 88-95. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73531-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73531-X)
- Ausín, B., Muñoz, M., Santos-Olmo, A., Pérez-Santos, E. y Castellanos, M. A. (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, 11. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.3>
- Beland, F. y Zunzunegui, M. V. (1999). Predictors of functional status in older people living at home. *Age Ageing*, 28, 153-159.
- Berlau, D. J., Corrada, M. M., Peltz, C. B. y Kawas, C. H. (2012). Disability in the oldest-old: Incidence and risk factors in the 90+ study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 159-168. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31820d9295>
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A. K. y Hallberg, I. R. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: Their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health & Social Care in the Community*, 14, 136-146. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00603.x>
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R. y Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36, 310-315. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm023>
- Brenes, G. A., Guralnik, J. M., Williamson, J. D., Fried, L. P., Simpson, C., Simonsick, E. M. y Penninx, B. W. J. H. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 34-39. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53007.x>
- Brito, K. Q. D., Menezes, T. N. D. y Olinda, R. A. D. (2015). Functional disability and socioeconomic and demographic factors in elderly. *Revista brasileira de enfermagem*, 68, 633-640. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20156804091>
- Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S. y Blazer, D. G. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur studies of successful aging. *American Journal of Public Health*, 84, 1796-1799. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.11.1796>
- Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., ... Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 424-427. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.424>
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., ... Crawford, M. J. (2017). Anxiety disorders in old age: Psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 174-185. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.08.015>
- Carbonare, L.D., Maggi, S., Noale, M., Giannini, S., Rozzini, R., Cascio, V. L. y Crepaldi, G. (2009). Physical disability and depressive symptomatology in an elderly population: a complex relationship. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA). *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 144-154. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818af817>
- Chan, A. M., von Mühlen, D., Kritiz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2009). Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The rancho bernardo study. *Maturitas*, 62(3), 294-300. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.01.005>
- Chang, W. H., Chen, W. T., Lee, I. H., Chen, P. S., Yang, Y. K. y Chen, K. C. (2016). Coexisting anxiety disorders alter associations with physical disorders in the elderly: A Taiwan cross-sectional nationwide study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70, 211-217. <https://doi.org/10.1111/pcn.12381>



- Crimmins, E. M., Kim, J. K. y Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21, 81-91. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq022>
- Daniels, R., van Rossum, E., de Witte, L., Kempen, G. I. y van den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 8(1), 278. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-278>
- de Beurs, E., Beekman, A. T. F., Van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H. y Van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: Its effects on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008351>
- Dehoust, M. C., Schulz, H., Härter, M., Volkert, J., Sehner, S., Drabik, A., ... Quirk, A. (2017). Prevalence and correlates of somatoform disorders in the elderly: Results of a European study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.1550>
- Fujiwara, Y., Yoshida, H., Amano, H., Fukaya, T., Liang, J., Uchida, H. y Shinkai, S. (2008). Predictors of improvement or decline in instrumental activities of daily living among community-dwelling older Japanese. *Gerontology*, 54, 373-380. <https://doi.org/10.1159/000151221>
- García, E. L., Banegas, J. R., Perez-Regadera, A. G., Cabrera, R. H. y Rodriguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14, 511-520. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-5329-z>
- Garin, N., Olaya, B., Miret, M. y Ayuso-Mateos, J. L. (2014). Built environment and elderly population health: A comprehensive literature review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10(1), 103-115. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010103>
- Gomes, C. D. S., Maciel, A. C. C., Freire, A. D. N. F., de Andrade Moreira, M., de Oliveira Ribeiro, M. y Guerra, R. O. (2014). Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in Northeastern Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58, 214-218. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.10.009>
- Hajek, A. y König, H. H. (2016). Longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe—evidence from the survey of health, ageing and retirement in Europe. *PLoS one*, 11(1), e0146967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146967>
- Hajek, A., Luck, T., Bretschneider, C., Posselt, T., Lange, C., Wiese, B., ... Fuchs, A. (2017). Factors affecting functional impairment among elderly Germans—Results of a longitudinal study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21, 299-306. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0771-5>
- IBM Corp. (2013.). *IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jia, H., y Lubetkin, E. I. (2016). Impact of nine chronic conditions for US adults aged 65 years and older: An application of a hybrid estimator of quality-adjusted life years throughout remainder of lifetime. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 25(8), 1921-1929. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1226-5>
- Johnson, B. T., Scott-Sheldon, L. A., Snyder, L. B., Noar, S. M. y Huedo-Medina, T. B. (2008). Contemporary approaches to meta-analysis in communication research. En A. F. Hayes, M. D. Slater y L. B. Snyder (Eds.), *The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research* (pp. 311-347). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452272054.n11>
- Kabayama, M., Mikami, H. y Kamide, K. (2018). Multidimensional factors associated with the loss of independence: A population-based longitudinal study. *Geriatrics & gerontology international*, 18, 448-455. <https://doi.org/10.1111/ggi.13209>
- Kachan, D., Fleming, L. E., Christ, S., Muennig, P., Prado, G., Tannenbaum, S. L., ... Lee, D. J. (2015). Peer reviewed: Health status of older US workers and nonworkers. National Health Interview Survey, 1997-2011. *Preventing Chronic Disease*, 12. <https://doi.org/10.5888/pcd12.150040>
- IMERSO (2014). Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid, España: IMERSO.
- Layte, R., Sexton, E. y Savva, G. (2013). Quality of life in older age: Evidence from an Irish cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(s2). <https://doi.org/10.1111/jgs.12198>
- Leveille, S. G., Resnick, H. E. y Balfour, J. (2000). Gender differences in disability: Evidence and underlying reasons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 12, 106-112. <https://doi.org/10.1007/BF03339897>
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... & Aryee, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224-2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Martinez, P., Lien, L., Landheim, A., Kowal, P., & Clausen, T. (2014). Quality of life and social engagement of alcohol abstainers and users among older adults in south africa. *BMC Public Health*, 14, 316. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-316>
- Min, J. Y., Park, J. B., Lee, K. J. y Min, K. B. (2015). The impact of occupational experience on cognitive and physical functional status among older adults in a representative sample of Korean subjects. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 27(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40557-015-0057-0>
- Minami, U., Nishi, M., Fukaya, T., Hasebe, M., Nonaka, K., Koike, T., ... Fujiwara, Y. (2015). Effects of the change in working status on the health of older people in Japan. *PLoS one*, 10(12), e0144069. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144069>
- Murtagh, K. N. y Hubert, H. B. (2004). Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health*, 94, 1406-1411. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.8.1406>
- Netuveli, G. y Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113-126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>
- Newman, A. B. y Brach, J. S. (2001). Gender gap in longevity and disability in older persons. *Epidemiologic reviews*, 23, 343-355. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a000810>
- Norton, J., Ancelin, M. L., Stewart, R., Berr, C., Ritchie, K. y Carrière, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 141, 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.002>
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S. y Sareen, J. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: Findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry*, 14, 74-81.
- Rodrigues, M. A. P., Facchini, L. A., Thumé, E. y Maia, F. (2009). Gender and incidence of functional disability in the elderly: A systematic review. *Cadernos de Saude Publica*, 25, S464-S476. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001500011>
- Santos, G. V., Barreto, E. C., Santos, J. F., & Marchini, L. (2014). Alcohol and quality of life among social groups for the elderly in São José dos Campos, Brazil. *Applied Research in Quality of Life*, 9(2), 285-293. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9225-y>
- Sarma, S. I. Y Byrne, G. J. (2014). Relationship between anxiety and quality of life in older mental health patients. *Australasian Journal on Ageing*, 33, 201-204.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G. y Helvik, A.-S. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40, 311-339.
- Smith, A. E., Sim, J., Scharf, T. y Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing & Society*, 24, 793-814. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002569>
- Soberanes Fernández, S., González Pedraza Avilés, A. y Moreno Castillo, Y. C. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Medico-Quirúrgicas*, 14, 161-172.
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C. y Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 48, 445-469. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00370-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0)
- Taş, Ü., Verhagen, A. P., Bierma-Zeinstra, S. M., Hofman, A., Odding, E., Pols, H. A. y Koes, B. W. (2007). Incidence and risk factors of disability in the elderly: The Rotterdam study. *Preventive Medicine*, 44, 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.11.007>
- Van der Weele, G. M., Gussekloo, J., De Waal, M. W., De Craen, A. J., & Van der Mast, R. C. (2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(6), 595-601. <https://doi.org/10.1002/gps.2162>
- Volkert, J., Andreas, S., Härter, M., Dehoust, M. C., Sehner, S., Suling, A., ... Grassi, L. (2017). Predisposing, enabling, and need factors of service utilization in the elderly with mental health problems. *International Psychogeriatrics*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002526>
- Volkert, J., Härter, M., Dehoust, M. C., Schulz, H., Sehner, S., Suling, A., ... Da Ronch, C. (2017). Study approach and field work procedures of the MentDis\_ICF65+ project on the prevalence of mental disorders in the older adult European population. *BMC psychiatry*, 17(1), 366. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1534-5>
- 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 Review*, 12, 339-353. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.09.004>
- Wittchen, H. U., Strehle, J., Gerschler, A., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., ... Da Ronch, C. (2014). Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community: The test-retest reliability of the CID165+. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(2), 116-129. <https://doi.org/10.1002/mpr.1455>
- World Health Organisation - WHO. (2000). *World health organization disability assessment schedule (WHODAS II)*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
- World Health Organisation - WHO. (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
- Yu-Chen, C., Yao, G., Hu, S. C. y Jung-Der, W. (2015). Depression affects the scores of all facets of the WHOQOL-BREF and may mediate the effects of physical disability among community-dwelling older adults. *PLoS One*, 10(5) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128356>

