



Trastornos mentales comunes y factores asociados: estudio de las mujeres en una zona rural*

Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural
Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area

Bibiane Dias Miranda Parreira¹, Bethania Ferreira Goulart¹, Vanderlei José Haas², Sueli Riul da Silva², Juliana Cristina dos Santos Monteiro³, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz³

Como citar este artículo:

Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03225. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225>

* Extraído de la tesis “Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais”, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

1 Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Uberaba, MG, Brasil.

2 Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Uberaba, MG, Brasil.

3 Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Identifying the prevalence of Common Mental Disorders and analyzing the influence of sociodemographic, economic, behavioral and reproductive health variables on Common Mental Disorders in women of childbearing age living in the rural area of Uberaba-MG, Brazil. **Method:** An observational and cross-sectional study. Socio-demographic, economic, behavioral and reproductive health instruments were used, along with the *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) to identify common mental disorders. Multiple logistic regression was used for multivariate data analysis. **Results:** 280 women participated in the study. The prevalence of Common Mental Disorders was 35.7%. In the logistic regression analysis, the variables of living with a partner and education level were associated with Common Mental Disorders, even after adjusting for the other variables. **Conclusion:** Our findings evidenced an association of social and behavioral factors with Common Mental Disorders among rural women. Identification and individualized care in primary health care are essential for the quality of life of these women.

DESCRIPTORS

Women; Rural Population; Mental Health; Psychiatric Nursing; Primary Care Nursing.

Autor correspondiente:

Bibiane Dias Miranda Parreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Praça Manoel Terra, 330
CEP 38015-050 – Uberaba, MG, Brasil
bibianedias@yahoo.com.br

Recibido: 20/08/2016
Aprobado: 28/01/2017

INTRODUCCIÓN

Trastorno Mental Común (TMC) se caracteriza por síntomas depresivos, estados de ansiedad, irritabilidad, fatiga, insomnio, dificultades de memoria y concentración y quejas somáticas⁽¹⁾. Se manifiesta como una mezcla de síntomas somáticos, ansiedad y depresión⁽²⁾.

El diagnóstico precoz y correcto de este trastorno es esencial para evitar daños físicos y carga psicológica para el individuo y para el sistema de salud. En este sentido, se insiste en que las acciones de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) puede promover la detección, derivación y tratamiento de TMC, al considerar sus características de accesibilidad y cobertura⁽³⁾. Por lo tanto, es importante la articulación de la salud mental con la Estrategia de Salud de la Familia (ESF)⁽⁴⁾.

Las diferencias de género están presentes en el TMC, y afectan a las mujeres predominantemente^(2,5-8). Los estudios nacionales han demostrado la prevalencia de TMC en las mujeres en las zonas urbanas: 33,8%⁽⁸⁾, 37,9%⁽⁶⁾, 41,7%⁽³⁾, 52,1%⁽⁷⁾.

Teniendo en cuenta las encuestas nacionales de las mujeres en el medio rural, aunque con pocos estudios, la prevalencia de TMC en las mujeres es alta en este grupo de población – 56,2%⁽⁹⁾, 44,17%⁽⁵⁾ e 43,6%⁽¹⁰⁾.

La literatura sugiere que tanto en el medio rural y en el urbano, diversos factores sociales, culturales y de comportamiento pueden estar relacionados con TMC. Los resultados en varios estudios nacionales en el contexto urbano y rural, revelaron una mayor prevalencia de TMC relacionada con: las mujeres⁽⁵⁻⁸⁾, a los bajos niveles de educación⁽⁹⁾, a los bajos ingresos⁽⁷⁾ y a mujeres separadas, divorciadas, viudas o sin pareja^(6,9).

Para el contexto rural, las condiciones de vida asociados con la pobreza, los acontecimientos estresantes, los recursos sociales y económicos limitados y otras desventajas demográficas producen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental⁽¹¹⁾.

Con respecto a las mujeres del medio rural, los problemas de salud mental pueden ser más pronunciados. Es como si algunos aspectos, tales como vivir en un lugar con un ritmo más lento y una comunidad cerrada, pueden ser beneficiosos para la salud mental, pero otros aspectos pueden ser estresantes. Estas mujeres pueden tener menos oportunidades de empleo pagado, menos contactos sociales, menor acceso a los servicios de salud, en comparación con las mujeres en el área urbana⁽¹²⁾. Además de la falta de perspectiva de mejorar las condiciones de vida y la sobrecarga de trabajo físico.

La falta de oferta de trabajo en el campo es una realidad. La baja oferta, junto con movilidad limitada, pone en peligro la posibilidad de una opción de ingreso. Según los datos presentados en el estudio realizado en Bangladesh, el 86,0% de las mujeres rurales eran amas de casa⁽¹³⁾. Sin embargo, en otro estudio realizado en Bangladesh, casi la mitad de los participantes rurales estaba involucrado en actividades generadoras de ingresos⁽¹⁴⁾.

En un estudio desarrollado en Rio Grande do Sul, el 96,7% de los participantes realizaban trabajo agrícola y doméstico⁽¹⁵⁾, comprobando la carga física y la vulnerabilidad

de estas mujeres. Se cree que hay variaciones en los roles socio-culturales y su relación con el género y la región de residencia – urbana o rural⁽¹⁶⁾.

Además de estos factores, las personas que viven en las comunidades rurales tienen un acceso limitado a los servicios de salud y servicios especializados tales como la salud mental. Las mujeres que viven en zonas rurales y con bajos niveles de educación son menos propensas a buscar atención de una enfermedad mental, en comparación con las mujeres que viven en zonas urbanas⁽¹⁷⁾.

Desde esta perspectiva, hay que destacar que muchos factores pueden influir en la salud mental de las mujeres rurales. La interacción entre las cuestiones ambientales, sociales, culturales, económicas e individuales destaca la singularidad de esta población.

Grupos específicos como las mujeres, reciben el enfoque prioritario en las políticas públicas, especialmente en cuestiones relacionadas con la salud reproductiva. Sin embargo, se observa todavía una brecha en temas relacionados con la salud mental, específicamente la atención a las mujeres rurales.

Se cree que los factores sociales de salud, económicas, de comportamiento y reproductivos influyen en la salud mental de las mujeres rurales y por lo tanto pueden traer diferentes consecuencias para la calidad de vida.

La salud mental de las mujeres rurales en edad reproductiva es esencial tanto para su calidad de vida y para el bienestar de sus hijos y la familia. Ante esta realidad, se necesitan encuestas nacionales para identificar el TMC en las mujeres que viven en el campo y su asociación con diversos factores.

Se encontró a través de la revisión de la literatura un espacio relacionado con los estudios nacionales sobre este tema. Otros estudios pueden proporcionar subvenciones para las actuaciones del personal de salud activas en las zonas rurales y las acciones de enfermería en la prevención, la identificación, derivación y seguimiento de las mujeres que tienen síntomas de la enfermedad mental.

Teniendo en cuenta lo anterior, los objetivos de este estudio fueron identificar la prevalencia de TMC y analizar la influencia de la salud sociodemográfica, económica, de comportamiento y reproductiva en la TMC en mujeres en edad fértil, que viven en la región rural del municipio de Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

MÉTODO

Estudio observacional con diseño transversal, realizado la zona rural de Uberaba-MG, Brasil.

La zona rural de Uberaba tiene cobertura del ESF a través de cuatro equipos de la ESF.

Después de contactar con todos los equipos rurales del ESF municipal, fue elegido para ser el ámbito de la recogida de datos el ESF Santa Rosa. La elección de ese equipo era presentar un mayor número de mujeres de 15 a 49 años, según una lista proporcionada por los gerentes de las Unidades Básicas de Salud (UBS – *Unidades Básicas de Saúde*) Rural. Otro factor que contribuyó a la elección de este equipo fue el gran número de trabajadores comunitarios de

salud (ACS en portugués – *Agentes Comunitários de Saúde*) activos, que ofrece cobertura de visitas en toda la zona.

Los participantes eran mujeres que viven en el área rural cubierta por el ESF Santa Rosa, de la ciudad de Uberaba – MG, con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres que viven en el área rural cubierta por el ESF Santa Rosa, la ciudad de Uberaba, Minas Gerais, hace más de 1 año; mujeres de 15 a 49 años de edad y mujeres orientadas en cuanto a tiempo, espacio y persona.

Se llevó a cabo una prueba piloto para observar la aplicabilidad y adecuación de los instrumentos de recolección de datos, que revelaron la necesidad de ajustes menores, llevados a cabo correctamente.

Durante la recolección de datos, las visitas a domicilio se llevaron a cabo con el área de cobertura de la ACS. Anteriormente, se elaboró un listado con los nombres de las mujeres que fueron incluidos en el estudio. Se utilizó posteriormente la agenda de visitas de los ACS, ajustado mensualmente por la enfermera del ESF. Durante las visitas, se siguió como referencia la lista disponible.

La recolección de datos se llevó a cabo entre octubre de 2014, y mayo del 2015, en el domicilio de las mujeres que participan en forma de entrevista directa, aunque los instrumentos podían ser autoadministrados. Teniendo en cuenta que algunas mujeres podrían presentar algún tipo de dificultad para leer o comprensión de los problemas, además de la fatiga, lo que podría interferir con respuestas y resultados de búsqueda, se optó por realizar de esa manera. Las entrevistas fueron realizadas por un solo investigador, cara a cara, en casa, en un lugar reservado para garantizar la confidencialidad y la privacidad.

Fueron 345 mujeres en la lista proporcionada por el personal del ESF. De ellas fueron excluidas del estudio 122, de las cuales 77 por salir la zona rural en cuestión, 33 no se encontraron en casa después de tres intentos por parte del entrevistador, una había muerto, cuatro no eran de edad para el estudio, cinco se negaron a participar y dos tenían deterioro cognitivo. Cinco participaron en el estudio piloto. En el momento de la recolección de datos, 62 mujeres que no estaban en la lista se incluyeron porque se presentaron dentro de los criterios de inclusión. En el estudio participaron un total de 280 mujeres.

Los instrumentos de características económicas y socio-demográficas, de comportamiento y salud reproductiva se desarrollaron y se justificaron sobre la base de la literatura, la investigación científica llevada a cabo en la zona y la experiencia previa de los investigadores. Estos fueron sometidos a validación de contenido y evaluación de tres jueces expertos en el área. Las variables fueron: edad, educación, color, estado civil, ocupación, ingresos individuales, el valor de los ingresos individuales, el ingreso familiar, la actividad física, actividad de ocio, el tabaquismo, las enfermedades crónicas, con compañero de convivencia, embarazo, niños y ocurrencia de aborto.

Para evaluar la prevalencia de TMC, se utilizó el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Es una herramienta para el seguimiento y no diagnóstica. Recomendada por la

OMS para los estudios de la comunidad y los servicios básicos de salud en las poblaciones de los países en desarrollo⁽¹⁸⁾. Consta de 20 preguntas. Las respuestas que componen el cuestionario son Sí/No. Cada respuesta positiva corresponde al valor 1 que, al final de la adición de los puntos, proporcionará el marcador final. El resultado puede variar de cero (ninguna probabilidad de TMC) a 20 (extrema probabilidad TMC). En la evaluación de rendimiento del SRQ-20 como instrumento de seguimiento psiquiátrico, el punto de corte más adecuado para el SRQ-20, fue de 7/8, independientemente de su sexo, con una sensibilidad del 86,33% y una especificidad del 89,31%. La puntuación total igual o menos de siete clasifica como caso negativo e igual o más grande que ocho se considera positivo para las 20 preguntas⁽¹⁸⁾. Este fue el punto de corte utilizado en este estudio para la clasificación TMC.

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo, en el programa Excel®, empleando de la técnica de validación de doble entrada, para detectar inconsistencias. El análisis estadístico se realizó con el *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows versión 20.0.

En el análisis univariado, los datos se presentaron en forma de distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas (%) para las variables cualitativas; y los valores medios y la desviación estándar y los valores máximos y mínimos para las variables cuantitativas. En el análisis bivariable, la existencia de la asociación se verificó mediante tablas de contingencia y sus medidas de asociación: la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), las Razones de prevalencia (RP) y Razones de oportunidades de prevalencia bruta (RCP bruta). Para el análisis multivariante, se utilizó la regresión logística múltiple.

La inclusión de variables de predicción consideró la literatura nacional e internacional pertinente sobre el resultado: los TMC. Los predictores utilizados en la regresión logística múltiple fueron: educación (clasificados cuantitativamente), los ingresos individuales (clasificados en dos categorías: “sí”, “no”), las actividades de ocio (clasificados en dos categorías: “sí”, “no”), convivencia con compañero (clasificados en dos categorías: “buena”, “mala”) y el número de niños vivos (clasificados cuantitativamente).

La consistencia interna de las respuestas al instrumento SRQ-20 se midió por el coeficiente de Kuder-Richardson ($kr-20$).

Para todas las pruebas, se consideró un intervalo de confianza (IC) de 95,0% y un nivel de significación de 5%.

Esta investigación se inició después de la aprobación del Departamento de Salud del Municipio de Uberaba y el proyecto por el Comité de Ética del Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo Colegio de Enfermería (USP) en el marco del protocolo n 280/2013 y CAAE 21860113.2.0000.5393.

Las mujeres fueron invitadas a participar en el estudio e informadas sobre la naturaleza y objetivos de la investigación. Aquellas que aceptaron participar formalizaron su acuerdo con la firma del consentimiento informado. En el caso de los adolescentes, menores de edad, se le pidió a aceptar al adolescente y al tutor legal que formalizaron el consentimiento firmando el término de consentimiento.

RESULTADOS

El estudio reclutó a mujeres de 15 a 49 años, con una edad media de 33,6 años y la desviación estándar (DE) de 9,8. En cuanto a la educación, el promedio fue de 7,0 años de estudio ($dp=3,3$). El tiempo de estudio varió de 0 a 15 años. La mayoría se consideró blanca (72,1%), eran casadas o en una relación estable (83,6%), no tenían un trabajo remunerado, del hogar (55,7%), sin ningún ingreso mensual individual (45,4%) y entre los que tenían ingresos individuales ingresos relacionados con el mercado informal (21,8%) predominaron y el valor de la renta individual de un salario mínimo (51,0%). El valor de la renta familiar predominante fue entre uno y dos salarios mínimos (37,2%).

En cuanto a la caracterización del comportamiento, la mayoría de las mujeres no realizan actividad física (80,7%), tenía actividades de ocio (54,3%), informaron de que no tenían una enfermedad crónica (73,9%), no fumaban (78,2%) y respondieron como “buena” la convivencia (91,9%).

Teniendo en cuenta la salud reproductiva de los participantes, el 91,0% de las mujeres habían quedado embarazadas y el 17,2% reportó haber experimentado un aborto, no se preguntó si espontáneo o inducido. El número medio de embarazos fue de 2,8 ($DE=1,7$) embarazos. En cuanto a la ocurrencia de abortos, el promedio fue de 1,5 ($DE=0,8$). El número promedio de nacidos vivos fue de 2,5 ($DE=1,43$) hijos por mujer.

Con respecto a las respuestas de los participantes en el estudio a escala SRQ-20, la prevalencia de TMC fue del 35,7%.

La consistencia interna, medida por el coeficiente $kr-20$ en SRQ-20 fue de 0,87.

En el análisis bivalente, las variables: no tienen actividad de ocio ($p=0,04$), tienen una enfermedad crónica ($p<0,001$) y tienen una convivencia “mala” con su compañero ($p<0,001$) se asociaron a la TMC, Tabla 1.

La Tabla 1 presenta el análisis bivalente de las variables sociodemográficas, económicas, de comportamiento y salud reproductiva relacionada con TMC, entre las mujeres que viven en el campo.

Tabla 1 – Distribución de las mujeres que viven en el campo, en función de variables sociodemográficas, económicas, de comportamiento y salud reproductiva y TMC – Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2014-2015

VARIABLES	TIENE TMC				RP (IC95%)	RCPbruta (IC95%)	P*
	SI		NO				
	n	%	n	%			
Vive con pareja							0,25
Si	87	37,2	147	62,8	1,32	1,50	
No	13	28,3	33	71,7	(0,81-2,15)	(0,75-3,01)	
Oficio remunerado							0,80
Si	39	34,8	73	65,2	0,96	0,94	
No	61	36,3	107	63,7	(0,69-1,33)	(0,57-1,55)	
Ingreso individual							0,56
Si	57	37,3	96	62,7	1,10	1,16	
No	43	33,9	84	66,1	(0,80-1,51)	(0,71-1,90)	
Actividad física							0,30
Si	16	29,6	38	70,4	0,80	0,71	
No	84	37,2	142	62,8	(0,51-1,24)	(0,37-1,35)	
Actividad de ocio							0,04
Si	46	30,3	106	69,7	0,72	0,60	
No	54	42,2	74	57,8	(0,52-0,98)	(0,36-0,97)	
Hábito de fumar							0,06
Si	28	45,9	33	54,1	1,40	1,73	
No	72	32,9	147	67,1	(1,00-1,95)	(0,97-3,09)	
Enfermedad crónica							<0,001
Si	41	56,2	32	43,8	1,97	3,21	
No	59	28,5	148	71,5	(1,47-2,65)	(1,85-5,58)	
Convivencia con pareja							<0,001
Buena	72	33,5	143	66,5	0,42	0,13	
Mala	15	78,9	4	21,1	(0,32-0,57)	(0,04-0,42)	

continúa...

...continuación

VARIABLES	TIENE TMC				RP (IC95%)	RCPbruta (IC95%)	p*
	SI		NO				
	n	%	n	%			
Hijos							0,16
Si	89	37,4	149	62,6	1,43	1,68	
No	11	26,2	31	73,8	(0,84-2,44)	(0,81-3,52)	
Aborto							0,45
Si	18	42,9	24	57,1	1,17	1,30	
No	74	36,6	128	63,4	(0,79-1,73)	(0,66-2,55)	

*Valor de p para el Test de Chi Cuadrado.

La Tabla 2 muestra los resultados del análisis de regresión logística múltiple relativas a la asociación de las variables educación, el ingreso personal, actividad de ocio, convivencia con pareja y el número de niños que viven, con el TMC.

Tabla 2 – Asociación entre las variables socio-demográficas y económicas, de comportamiento y salud reproductiva y TMC en las mujeres que viven en el campo, en un modelo de regresión logística múltiple – Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2014-2015

VARIABLES	TIENE TMC				RCPbruta (IC95%)	RCPajustada (IC95%)	p*
	SI		NO				
	n	%	n	%			
Escolaridad**	—	—	—	—	—	0,88 (0,80-0,98)	0,02
Ingreso individual							
Si	57	37,3	96	62,7	1,16	1,19	0,57
No	43	33,9	84	66,1	(0,71-1,90)	(0,66-2,16)	
Actividad de ocio							
Si	46	30,3	106	69,7	0,60	0,82	0,51
No	54	42,2	74	57,8	(0,36-0,97)	(0,45-1,49)	
Convivencia con pareja							
Buena	72	33,5	143	66,5	0,13	0,16	0,002
Mala	15	78,9	4	21,1	(0,04-0,42)	(0,05-0,51)	
Número de hijos vivos**	—	—	—	—	—	1,11 (0,90-1,38)	0,33

*Valor de p para el test de máxima verosimilitud.

**Variable cuantitativa.

Las variables de escolaridad (RCPajustada=0,88; IC95,0% (0,80-0,98) $p=0,02$) convivencia con pareja (RCPajustada=0,16; IC95,0% (0,05-0,51); $p=0,002$) se asociaron a la TMC, incluso después de ajustar por otras variables previamente reconocidas en la literatura nacional e internacional. Por lo tanto, la “buena” convivencia con una pareja reduce en un 84% las posibilidades de que una mujer tenga TMC, así como cada año adicional de escolarización reduce en un 12% las posibilidades de que una mujer tenga TMC, incluso después de ajustar por el ingreso de variables de ingreso individual, actividad de ocio y número de hijos.

En cuanto a la educación, vale la pena señalar que entre las mujeres con TMC, el promedio fue de 6,0 años de educación (DE=3,2) y entre aquellos que no presentaron TMC, el promedio fue de 7,5 años de estudio (DE=3,2).

El número promedio de hijos vivos de mujeres con TMC, fue de 2,9 hijos (DE=1,6) y entre los que no presentaron TMC, el promedio fue de 2,3 hijos (DE=1,3).

DISCUSIÓN

La prevalencia de TMC en este estudio fue 35,7%. En una encuesta realizada entre las mujeres rurales asentadas en Rio Grande do Norte, fue identificada prevalencia de 43,6%⁽¹⁰⁾. En otro estudio nacional con las madres del semiárido de Alagoas, la prevalencia de TMC en las zonas rurales fue 56,2% mayor en comparación a las zonas urbanas, que fue del 43,8%⁽⁹⁾. Por otra parte, la investigación en la Zona da Mata pernambucana, la prevalencia de este trastorno entre la población participante (hombres y mujeres) era de 36,0% y entre las mujeres era de 44,17%⁽⁵⁾. Para el presente estudio

se reveló una prevalencia menor de TMC en relación a los estudios nacionales en zona rural.

Sin embargo, en dos investigaciones internacionales, desarrolladas en zonas rurales de Pakistán, fueron identificados una alta prevalencia de TMC en las mujeres, 66% y 57,5%, respectivamente⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Un resultado diferente se presentó en el estudio en aldeas rurales de la India. Entre las 658 mujeres participantes, el 22,8% presentaron TMC, cuando se utilizó el SRQ-20⁽²¹⁾.

En un estudio en Etiopía, con 512 personas que viven en zonas rurales y urbanas, los residentes de la zona rural (33,3%) tenían una mayor prevalencia de TMC en comparación con la zona urbana, y las mujeres (33%), cuando se comparaban con los hombres⁽²²⁾.

En estudios llevados a cabo en el entorno urbano, los autores mostraron mayor prevalencia de TMC en las mujeres en comparación con nuestro estudio. Es de destacar que, aunque el entorno urbano tiene diferentes características del rural, las mujeres de estos estudios pueden parecerse a las mujeres estudiadas en nuestra investigación, por las cuestiones del trabajo doméstico y la sobrecarga de trabajo.

Otras encuestas nacionales en entorno urbano con la población general (hombres y mujeres), identificaron la prevalencia de TMC en las mujeres tratadas en UBS en la ciudad de Ribeirão Preto (44,1%)⁽²³⁾, en una ciudad en el estado de São Paulo (52,1%)⁽⁷⁾, en la ciudad de Barbacena (41,7%)⁽³⁾ y un municipio de tamaño medio en la región del Medio Oeste de Brasil (37,9%)⁽⁶⁾.

En un estudio de cohorte de 15.105 personas en seis ciudades brasileñas, los autores encontraron que, en relación con la prevalencia de la TMC, esto era más común entre las mujeres (33,8%), una cifra menor que en el presente estudio⁽⁸⁾.

Se encontró que la prevalencia de TMC identificado en este estudio muestra resultados inferiores a los presentados en la mayoría de los estudios nacionales e internacionales, en las zonas rurales y urbanos. Sin embargo, esta prevalencia es preocupante por el impacto que la TMC puede causar en la vida de las mujeres rurales y sus familias.

En el análisis de regresión logística múltiple, las variables convivencia con su pareja y la escolarización se asociaron a TMC, incluso después de ajustar por otras variables. La “buena” convivencia con una pareja disminuye en un 84% las posibilidades de que una mujer tenga TMC, así como cada año adicional de escolarización reduce en un 12% las posibilidades de que una mujer tenga TMC.

La investigación se desarrolló en Alagoas, en las zonas rurales, después de un análisis de regresión logística, las variables de educación, edad y número de hijos no mostraron asociación significativa con el TMC, en este estudio la variable que mantiene la asociación fue la falta de pareja⁽⁹⁾.

En cuanto a la educación, los resultados son consistentes con la investigación llevada a cabo en las zonas urbanas y el estudio desarrollado con las mujeres rurales de Pakistán, donde, después de un análisis de regresión múltiple, las variables de educación, no tener una persona de confianza y tener cuatro o más hijos se asociaron a la puntuación en SRQ. Cuanto menor el nivel de estudios, más altas las

puntuaciones en el SRQ⁽²⁴⁾. Es de notar que en este estudio citado, fue verificado la puntuación y no la prevalencia, como en nuestro estudio.

En un estudio realizado en la región semiárida urbana de Alagoas, la educación se asoció con TMC⁽⁹⁾. Los datos evidenciados en Feira de Santana, después de un análisis de regresión logística múltiple confirmaron la asociación entre la sobrecarga doméstica y TMC ajustado por las variables de ingreso, educación y actividades de ocio⁽²⁵⁾.

Sin embargo, en este estudio, después de un análisis de regresión logística múltiple, las variables de ingresos individuales, actividades de ocio y el número de niños no mostraron ninguna asociación significativa con TMC. El hecho de que la mujer no tenía una “buena” convivencia con una pareja fue un factor importante para determinar la presencia de TMC, así como el bajo nivel de educación.

En una encuesta de 3.504 mujeres embarazadas en zonas rurales de Bangladesh, el 35% tenían puntuación positiva en el SRQ-20. El estudio demostró que todas las formas de violencia doméstica se asociaron con mayores niveles de TMC⁽²⁶⁾.

Este estudio no ha investigado el tema de la violencia doméstica, sin embargo la convivencia “mala” con la pareja era un factor que debe ser considerado y tratado con cuidado. La cuestión de género, asociado con desventajas socioeconómicas de las mujeres que viven en zonas rurales puede estar asociada con TMC, como se evidencia en este estudio.

Por lo tanto, la presencia de este trastorno está estrechamente vinculada con desventajas en los factores sociales⁽⁷⁾. El bajo nivel educativo se asocia con condiciones socioeconómicas. La principal consecuencia social de esta situación es la falta de oportunidades, así como la inclusión difícil para mejorar la situación educativa y social de estas personas⁽²⁵⁾.

Para mejorar la salud mental de la comunidad son importantes las prácticas de gestión en atención primaria, y la necesidad de elevar el nivel educativo y social de las personas⁽²²⁾.

CONCLUSIÓN

Los resultados mostraron que la prevalencia de TMC de las mujeres del medio rural en el estudio fue inferior a la presentada en otros estudios en el contexto rural.

En los resultados también se encontró que la vida en pareja y la educación se relaciona con TMC. Por lo tanto, el hecho de que las mujeres rurales poseen una “mala” convivencia con su pareja es un factor que puede causar impacto en su salud mental, como se evidencia en el estudio. La escolarización también se impuso sobre otras variables identificadas en la literatura. Sin embargo, la “buena” convivencia con una pareja y la educación superior son factores que reducen el riesgo de TMC entre las mujeres rurales.

La identificación temprana y la atención individual en la atención primaria de salud, a través de profesionales de la salud correctamente capacitados y servicios de salud preparados para la identificación y la intervención adecuada, es esencial para reducir las complicaciones relacionadas con la salud mental. El uso del instrumento validado, tal como se utiliza en este estudio representa una herramienta posible

que puede contribuir al reconocimiento y la identificación de TMC. Entre estos profesionales de la salud, se destaca el enfermero en el desarrollo de la atención y las prácticas educativas en salud. Las acciones tomadas por este profesional a través de la consulta de enfermería, visitas a domicilio, actividades de grupo, entre otros, proporcionan el enfoque y la conexión de las mujeres, ayudando a identificar los síntomas relacionados con TMC. El uso de instrumentos validados, como el SRQ-20, debe fomentarse en la práctica profesional para contribuir al cuidado de la salud.

Se espera que los resultados de esta investigación puedan contribuir al análisis y la reflexión de este tema, así como el desarrollo de planes para una acción eficaz con miras a la atención de la salud mental de las mujeres del área rural.

Las limitaciones del estudio fueron las siguientes: se trata de un estudio transversal, y no se puede inferir la causalidad; número de pérdidas, debido principalmente al cambio de residencia y a la encuesta en una sola área rural, lo que podría limitar la información relativa a las mujeres en otras zonas rurales.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de trastornos mentales comunes y analizar la influencia de las variables socio-demográficas, económicas, de comportamiento y de salud reproductiva en el trastorno mental común en las mujeres en edad fértil, que viven en el municipio rural de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudio observacional y transversal. Se usaron instrumentos sociodemográficos, económicos, de comportamiento y salud reproductiva, y el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para identificar los trastornos mentales comunes. En el análisis multifactorial de los datos, se utilizó la regresión logística múltiple. **Resultados:** El estudio incluyó a 280 mujeres. La prevalencia de los trastornos mentales comunes fue de 35,7%. En el análisis de regresión logística, las variables convivencia con su pareja y la escolarización se asociaron con trastorno mental común, incluso después de ajustar por otras variables. **Conclusión:** Los resultados muestran la relación entre los factores sociales y de comportamiento con el trastorno mental común entre las mujeres rurales. La identificación y la atención individual en la atención primaria de salud son esenciales para la calidad de vida de las mujeres.

DESCRIPTORES

Mujeres; Población Rural; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica; Enfermería de Atención Primaria.

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência do transtorno mental comum e analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre o transtorno mental comum em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, Brasil. **Método:** Estudo observacional e transversal. Foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica, econômica, comportamental e de saúde reprodutiva, e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para identificar os transtornos mentais comuns. Na análise multivariada dos dados, foi utilizada a regressão logística múltipla. **Resultados:** Participaram do estudo 280 mulheres. A prevalência do transtorno mental comum foi de 35,7%. Na análise de regressão logística, as variáveis convivência com o companheiro e escolaridade, associaram-se ao transtorno mental comum, mesmo após o ajuste para as demais variáveis. **Conclusão:** Os achados evidenciaram a associação de fatores sociais e comportamentais com o transtorno mental comum, entre mulheres rurais. A identificação e a assistência individualizada na atenção primária de saúde são essenciais para a qualidade de vida destas mulheres.

DESCRIPTORES

Mulheres; População Rural; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Enfermagem de Atenção Primária.

REFERENCIAS

1. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge; 1992.
2. Malhotra S, Shah R. Women and mental health in India: an overview. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(6):205-11.
3. Vidal CEL, Yañez BFP, Chaves CVS, Yañez CFP, Michalaros IA, Almeida LAS. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. *Cad Saúde Coletiva*. 2013;21(4):457-64.
4. Paiva PC, Torrenté MON, Landim FLP, Branco JGO, Tamboril BCR, Cabral ALT. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(n.spe):134-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300020>
5. Costa AG, Ludemir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):73-9.
6. Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200-7.
7. Gomes VF, Miguel TLB, Miasso AI. Common mental disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013;21(6):1203-11.
8. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensen IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38(2):91-7.
9. Paffer AT, Ferreira HS, Cabral Júnior CR, Miranda CT. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *São Paulo Med J*. 2012;130(2):84-91.
10. Costa MGSG, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud Psicol*. 2014;19(2):145-54.

11. Simmons LA, Wu Q, Yang N, Bush HM, Crofford LJ. Sources of health information among rural women in Western Kentucky. *Public Health Nurs.* 2015;32(1):3-14.
12. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM. Mental health status among rural women of reproductive age: findings from the Central Pennsylvania Women's Health Study. *Am J Public Health.* 2008;98(7):1271-79.
13. Rahman M, Rahman A, Sajani TT, Chowdhury SA, Akhter A. Reproductive health practice of married women in the rural community of Dhamrai Upazila, Dhaka. *Anwer Khan Modern Med Coll J.* 2013; 4(2):31-6.
14. Shariful Islam SM, Mainuddin A. Relationship between income generating activities of rural women and their reproductive health behavior in Bangladesh. *Rural Remote Health.* 2015;15(4):3216.
15. Cezar-Vaz MR, Clarice Alves Bonow CA, Santos da Silva MR. Mental and physical symptoms of female rural workers: relation between household and rural work. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(9):11037-49.
16. Habtamu K, Atalay Alem A, Medhin G, Fekadu A, Prince M, Hanlon C. Development and validation of a contextual measure of functioning for people living with severe mental disorders in rural Africa. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):311.
17. Dolja-Gore X, Loxton DJ, D'Este CA, Byles JE. Mental health service use: is there a difference between rural and non-rural women in service uptake? *Aust J Rural Health.* 2014;22(3):92-100.
18. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(2):380-90.
19. Husain N, Creed F, Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychol Med.* 2000;30(2):395-402.
20. Mumford DB, Saeed K, Ahmad I, Latif S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab. A community survey. *Br J Psychiatry.* 1997;170:473-8.
21. Soni A, Fahey N, Byatt N, Prabhakaran A, Moore Simas TA, Vankar J, et al. Association of common mental disorder symptoms with health and healthcare factors among women in rural western India: results of a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2016; 6(7):e010834.
22. Yimam K, Kebede Y, Azale T. Prevalence of common mental disorders and associated factors among adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. *J Depress Anxiety.* 2014;S1:007. DOI: 10.4172/2167-1044.S1-007
23. Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(3):195-201.
24. Husain N, Gater R, Tomenson B, Creed F. Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(8):618-24.
25. Pinho OS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):560-72.
26. Ziaei S, Frith AL, Ekstrom EC, Naved RT. Experiencing lifetime domestic violence: associations with mental health and stress among pregnant women in rural Bangladesh: the MINIMat Randomized Trial. *PLoS One.* 2016;11(12):e0168103.

