



# perfiles y tendencias

## «La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible»

### EDITORIAL

Desde el Observatorio de Personas Mayores decidimos de forma unánime la publicación de este documento titulado **«La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible»**. Las razones son de peso, la salud mental es, en general, una asignatura pendiente en todos los tramos de edad de la población. Las condiciones biográficas al llegar a mayores, comportan además, factores de riesgo añadido: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la mayor incidencia de enfermedades crónicas, los cambios en el poder adquisitivo, la soledad, el estigma social y las limitaciones en la autonomía, entre otros. Es importante señalar de forma categórica que la mala salud mental no forma parte del proceso de envejecer, pero sí de las condiciones que rodean este proceso.

Los trastornos mentales inciden de forma muy importante en el bienestar de las personas. El grado de sufrimiento que comporta un trastorno mental mediatiza las relaciones con el entorno, la capacidad de autocuidado, la percepción de la valía personal y la participación e integración en la sociedad.

La población de la UE está envejeciendo y eso supone un reto para todos los países miembros. La proporción de la población por encima de los 65 años en 2050 estará en torno al 30%, y de ellos el 11% tendrá más de 80 años. Uno de los factores más importantes a considerar es la salud mental y su incidencia en el bienestar de este grupo de edad. Sin el soporte adecuado, tanto las personas mayores como sus cuidadores se ven expuestos a los mencionados elementos de riesgo que comprometen su calidad de vida. Sin descuidar que la salud mental no tiene edad, la intervención coordinada, la promoción y prevención antes de llegar a la madurez, el cambio de actitudes hacia el envejecimiento, la promoción de una vida activa y saludable en estas edades.

En la Conferencia de Alto Nivel de la UE **«Juntos para la Salud Mental y el Bienestar»** que aconteció el 13 de Junio de 2008 en Bruselas, se estableció el **«Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar»**, que se centra en cua-

tro temas prioritarios: Prevención del Suicidio y de la Depresión, Salud Mental en los Jóvenes y Educación, Salud Mental en el Entorno Laboral y Salud Mental en las Personas Mayores.

Combatir la estigmatización y la exclusión social es una prioridad transversal en todas las áreas. El Pacto se llevó a cabo a través de una serie de **conferencias temáticas** sobre cada una de las prioridades durante 2009-2010.

Este documento de referencia se presentó en la conferencia celebrada en Madrid en junio de 2010 **«La salud mental y el bienestar de las personas mayores: Hacerlo posible»**, organizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Comisión Europea, que fue desarrollada dentro de los actos de la Presidencia española de la Unión Europea.

Los objetivos de la conferencia fueron:

- Hacer visible la importancia de la promoción de la salud mental y de la prevención de los trastornos mentales en persona mayores y establecer medidas de apoyo para las personas que les cuidan.
- Facilitar el intercambio en la UE de políticas, buenas prácticas y proyectos de investigación.
- Apoyar el desarrollo de estos aspectos en el marco del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar.
- Aportar un resumen de puntos críticos y acciones claves para una posible reunión de alto nivel de la Comisión Europea en 2011.

Se abordaron y debatieron distintos temas: promoción de la salud mental de las personas mayores: envejecimiento saludable y bienestar, personas mayores en situaciones de vulnerabilidad; prevención de los trastornos mentales; sistemas de cuidado y tratamiento, y cuidadores no profesionales.

El documento que aquí presentamos **«La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible»** se divide en dos partes. Por un lado se definen mensajes y acciones clave en las siguientes áreas de actuación: **I. Las Políticas, II. La Promoción de la Salud Mental, III. La Prevención de la Enfermedad Mental, IV. Las Personas Mayores en Situación de Vulnerabilidad, V. Los Sistemas de Cuidados y**

### Tratamientos, VI. Cuidadores No Profesionales y VII. La Investigación.

La segunda parte está destinada a **Fundamentos** para la conferencia temática de la UE y **Antecedentes**. En ella se definen los retos a afrontar, describiendo la situación demográfica actual y su futuro a medio plazo, y destacando la importancia de sentirse bien mentalmente para disfrutar de una cierta calidad de vida, tanto los mayores como las personas que los cuidan. Para ello se relacionan una serie de cuestiones relevantes a considerar de forma transversal en cualquiera de las actuaciones: *Empoderamiento, diversidad en los grupos de edad, la importancia de una intervención más temprana, la inclusión y el capital social, desigualdad y pobreza, cuestiones de género, colaboración intersectorial y bases para la investigación y el conocimiento.*

Tras definir el marco de actuación para la salud mental de las personas mayores y, dada la complejidad del concepto, éste se desgana en 5 apartados que se analizan y describen como: 1.- Envejecimiento saludable y bienestar: la promoción de la salud mental en la edad avanzada 2.- Prevención de enfermedades mentales y adicciones, 3.- Personas mayores en situación de vulnerabilidad, 4.- Sistemas de atención y tratamiento y 5.- Cuidadores no profesionales. Dentro de cada uno de ellos, se precisan los principios clave para intervenir con éxito, pasando a ejemplificarlos con una serie de buenas prácticas, brevemente descritas, dentro del ámbito de los países de la UE.

Este valioso documento supone una revisión técnica profunda del estado de la salud mental y el bienestar en personas mayores, define clara y objetivamente qué factores o variables intervienen en el problema, establece los principios que funcionan de cara a la intervención, tanto desde el punto de vista del individuo, como de las instancias implicadas y de la sociedad en general, y recopila ejemplos de las mejores prácticas en países de la UE, con lo que permite compartir y generalizar experiencias ya consolidadas.

Observatorio de Personas Mayores

Documento de **referencia** para  
La Conferencia Temática sobre la salud mental y el bienestar entre las personas mayores.  
«La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible.»  
Madrid, 19 y 20 de abril de 2010.

Este documento ha sido redactado por Gert Lang, Katharina Resch y Katrin Hofer.

Para ello se ha contado con el asesoramiento técnico adicional de Fleur Braddick y Andrea Gabilondo.

Y ha sido comentado por Robert Anderson, Véronique Bernard, Jenny Billings, Anke Bramesfeld, Mima Cattan, Alfonso José Cruz Jentoff, Annette Dumas, Anna Forsman, David Huertas, Niclas Jacobson, Daniel Molinuevo, Anne-Sophie Parent, Robert A. Roe, María Jesús San Pío, Jürgen Scheftlein, Eija Steigard, Judy Triantafyllou, Sabine Steyaert, Hanna van Solinge, P.J. Nelleke van 't Veer-Tazelaar, Mikkel Vass, Julia Wadoux y Kristian Wahlbeck.

La preparación de este documento se realizó en virtud de un contrato de licitación con la Comisión Europea (contract No SANCO/C4/2009/01- Lot 3: Mental Health [contrato N° SANCO/C4/2009/01 – Partida 3: Salud Mental]), liderado por el Departamento de Salud del Gobierno de Cataluña (Gencat).

La responsabilidad del contenido de este documento reside estrictamente en sus autores, y dicho contenido no representa los puntos de vista de la Comisión Europea. Tampoco son responsables la Comisión ni sus autores del uso que se pudiera hacer de la información contenida en él. Más información, así como la versión electrónica del documento, disponible en:

[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_en.htm)

Se puede acceder a una gran cantidad de información sobre la Unión Europea en Internet, a través del servidor Europa (<http://europa.eu.int>).

Este documento debe ser citado como sigue:

Lang, G., Resch, K., K. Hofer, K. Braddick, F. y Gabilondo, A. (2010). Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older. Luxembourg: European Communities. © European Communities, 2010.

Primera edición: 2010

© IMSERSO, 2010

Edita: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad  
Secretaría General de Política Social y Consumo  
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)  
Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58  
28029 Madrid - Tel.: 91 703 39 35

Título original: Background document and key messages for the EU thematic conference: «Mental Health and Well-being in Older People - Making it Happen».  
EU Thematic conference on mental health of older people

Traducción al castellano: Documento de referencia y mensajes clave para la conferencia temática de la EU: «La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible».  
Madrid 19 y 20 de abril de 2010.

Autores: Lang, G., Resch, K., K. Hofer, K. Braddick, F. y Gabilondo, A. (2010). Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older. Luxembourg: European Communities. © European Communities, 2010.

Traductores: José Ignacio Calleja Miranda y María Cruz González de Caldas Méndez (Nur Trade, S.L.)

NIPO: 841-10-004-5

Coordinación de este número y revisión del texto: Patricia Muñoz Canal, Rubén Herranz González y Ana Madrigal Muñoz (Observatorio de Personas Mayores).

Catálogo general de publicaciones oficiales  
<http://www.060.es>

# CONTENIDOS

<b>PRIMERA PARTE: MENSAJES Y ACCIONES CLAVE</b> .....	2
<b>1. Mensajes clave</b> .....	3
<b>2. Acciones clave</b> .....	4
<b>SEGUNDA PARTE: FUNDAMENTOS Y ANTECEDENTES</b> .....	8
<b>1. Introducción</b> .....	9
<b>2. Marco de actuación para la salud mental de las personas mayores</b> .....	13
2.1. Envejecimiento saludable y bienestar: la promoción de la salud mental en la edad avanzada .....	13
2.1.1. Inclusión y Participación social .....	13
2.1.2. Factores personales y Estilo de vida .....	18
2.1.3. Espacios de vida: el Entorno y Vecindad .....	21
2.1.4. Aspectos laborales y políticas de jubilación .....	25
2.2. Prevención de las enfermedades mentales y adicciones .....	28
2.3. Personas mayores en situación de vulnerabilidad .....	36
2.4. Sistemas de atención y tratamiento .....	43
2.5. Cuidadores no profesionales .....	46
<b>Listado de Buenas Prácticas y política en la materia</b> .....	50
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	52

# PRIMERA PARTE: Mensajes y acciones clave

# 1 ♦ Mensajes clave

**I. Las Políticas.** Hay una gran variedad de políticas de los Estados Miembros que, aun sin estar específicamente dirigidas a la salud mental, causan un impacto sobre el bienestar de las personas mayores. Siendo así, iniciativas políticas pertenecientes a múltiples sectores, deberían formularse tomando en consideración aquellos factores que tienen efecto directo en el envejecimiento saludable, el bienestar, la autonomía y la capacidad de los mayores. Para promocionar su empoderamiento, sería importante proporcionarles alternativas de servicios transversales e involucrarles en el diseño de las políticas.

**II. La Promoción de la Salud Mental.** Un estilo de vida saludable, un medio ambiente seguro y coherente, la participación activa dentro de la sociedad y la comunidad, son importantes factores protectores del bienestar mental en la edad avanzada. Sin embargo, por encima de todo, el apoyo de las familias, coetáneos y cuidadores juega un papel clave en la promoción de la salud mental de las personas mayores. La prevención de la soledad y el aislamiento es una de las estrategias con mayor potencial para promocionar la salud mental y el bienestar en las personas mayores. Estas medidas también son importantes para mejorar la salud física y el envejecimiento saludable.

**III. La Prevención de la Enfermedad Mental.** La prevención de las enfermedades mentales más comunes supone abordar los factores de riesgo para presentar problemas de salud mental en edades avanzadas, como son las enfermedades crónicas, las discapacidades físicas, y la mejora en el proceso de demanda de ayuda (como, por ejemplo, combatiendo la estigmatización social), la detección precoz y la intervención oportuna, antes de que surjan los problemas de salud mental.

**IV. Las Personas Mayores en Situación de Vulnerabilidad.** Las personas mayores pertenecientes a ciertos grupos tienen un riesgo mayor de sufrir problemas mentales. Estos incluyen a las mujeres mayores, a los que viven al borde de la pobreza, los que viven con enfermedades crónicas, los que son víctimas de abusos o los que pertenecen a minorías culturales o étnicas. Las medidas destinadas a desarrollar su capacidad de recuperación o para reducir su vulnerabilidad específica, (por ejemplo, a través de la prestación de servicios), pueden mejorar las condiciones de vida y disminuir los problemas de salud mental en estos grupos. Estas medidas también pueden incrementar la inclusión y cohesión sociales.

**V. Los Sistemas de Cuidados y Tratamientos.** Los sistemas de cuidados y asistencia sanitaria, respaldados por la investigación en los campos de la psiquiatría para la edad avanzada y la medicina geriátrica, cumplen un papel de primer orden para detectar a tiempo y afrontar oportunamente las enfermedades mentales de las personas mayores. Los sistemas de cuidados han de ser servicios orientados a la comunidad e incluir equipos multidisciplinarios, así como mecanismos de coordinación entre la atención social y de la salud mental. La atención primaria a la salud y los servicios sociales de carácter general constituyen puntos de acceso primordiales para muchos adultos mayores, y deben ser utilizados proactivamente en la persecución del objetivo de la buena salud mental. La gestión y coordinación de los cuidados paliativos y del final de la vida requieren un buen liderazgo y compromiso de los equipos de atención primaria, contando con la implicación de los cuidadores no profesionales y de otros especialistas.

**VI. Cuidadores No Profesionales.** Llevan la principal parte de la carga de la prestación de los cuidados, y la mayoría de las veces lo realizan mujeres mayores. Darles apoyo en su función, capacitándolas y preservando su bienestar, tiene resultados positivos para la salud mental, tanto para los mismos cuidadores como para las personas a las que cuidan.

**VII. La Investigación.** Existen lagunas dentro de la base de conocimientos existentes referentes a la salud mental de las personas mayores, en términos de sus determinantes en el nivel de las políticas, de las actuaciones efectivas de promoción, y de la acción preventiva y difusión de la investigación, para determinar cómo se pueden transferir los resultados a las prácticas y a las políticas.

## 2. Acciones clave

### 2.1. Las políticas

1. Incluir acciones específicas dotadas de asignación presupuestaria para la salud mental de las personas mayores, con indicadores y objetivos medibles, dentro de las estrategias y planes nacionales para la salud mental y el envejecimiento activo.
2. Promover leyes contra la discriminación para combatir los comportamientos edadistas, los estereotipos y las prácticas estigmatizantes, y que fomenten las actividades intergeneracionales.
3. Despertar la conciencia sobre la importancia y el potencial de la salud mental y el bienestar en la edad avanzada; por ejemplo, a través de programas de concienciación y acciones de presión entre las instancias más relevantes.

### 2.2. Promoción de la salud mental en la edad avanzada: envejecimiento saludable y bienestar

1. Adoptar medidas apropiadas para mejorar y mantener una calidad de vida elevada de las personas mayores por medio de la promoción de un estilo de vida saludable, de envejecimiento activo y participación en la vida comunitaria:
  - Crear oportunidades para que tengan una participación significativa dentro de la sociedad, en el lugar de trabajo, la comunidad y el vecindario, tales como el voluntariado, el apoyo intergeneracional, la cualificación y el aprendizaje continuos.
  - Introducir esquemas de jubilación flexibles que permitan y animen a las personas a continuar sus actividades profesionales de manera que se adapten a su capacidad y a sus necesidades.
2. Poner a su disposición espacios para vivir, ambientes y vecindarios que sean seguros, convenientes y accesibles, tal como determinen las propias personas mayores, y que faciliten su participación, movilidad y autonomía:
  - Infraestructuras comunitarias limpias, seguras y sin barreras arquitectónicas; como, por ejemplo, los lugares de reunión, los espacios para el ocio y la relajación, senderos para pasear, así como los sistemas de transporte público.
  - El acceso a un conjunto de sistemas de apoyo y ayuda domiciliaria, para cocinar, ir de compras, el transporte y la sanidad.
  - Apoyo técnico para la vida independiente por medio de las nuevas tecnologías (supervisión y control electrónico, e-Salud<sup>1</sup>, tecnologías para la vida asistida).
3. Proporcionar medidas para fomentar la salud mental y el bienestar entre las personas mayores que sean receptoras de cuidados (médicos o sociales) tanto en el entorno de los servicios comunitarios, como en entornos residenciales.
  - Respetar la identidad y el estilo personal de vida de las personas receptoras de cuidados.
  - Fomentar su autonomía e independencia.
  - Incrementar su participación en las decisiones referentes a los servicios de cuidados que reciben.
  - Tratar sus problemas físicos, incluyendo el dolor y las limitaciones de visión y audición.
  - Abordar los problemas del aislamiento y la soledad.

<sup>1</sup> Nota del traductor. Este término, muy utilizado en la UE como *e-health*, hace referencia a Telemedicina, registros médicos electrónicos, teleconsultas, web 2.0, medicina 2.0, etc... Si se tradujera como telemedicina, se perdería algún otro concepto.

4. Actuar contra los estereotipos negativos sobre la vejez, que erosionan la auto-confianza en la capacidad, tanto mental como social, de las personas mayores por medio de pautas y directrices para los medios de comunicación a favor de un periodismo no despectivo, y de políticas y campañas de difusión para luchar contra el edadismo.

### 2.3. Prevención de las enfermedades mentales y de las adicciones

1. Desarrollar protocolos específicos para identificar tempranamente a aquellas personas que estén en riesgo de enfermedad mental, basándose en los principios de la evaluación geriátrica con visión de conjunto, y su implantación en todos los establecimientos de salud:
  - En las salas de hospital (especialmente las geriátricas, de medicina interna y de cirugía).
  - En los servicios de atención primaria.
  - En los servicios de enfermería y de cuidados domiciliarios.
  - En los dispositivos de cuidados de larga duración.
2. Incorporar acciones específicas para afrontar los riesgos de la salud mental en aquellos con enfermedades físicas crónicas, con especial atención a la disminución del impacto que tengan las dolencias crónicas sobre la movilidad y la autonomía. Como las siguientes:
  - Acciones para incrementar la concienciación de los profesionales de la sanidad.
  - Métodos de tratamiento escalonado según los protocolos basados en la evidencia.
  - Programas de educación del paciente dirigidos a la mejora de la autogestión de las enfermedades crónicas.
3. Preparar intervenciones psicológicas preventivas dirigidas a grupos de alto riesgo de enfermedades mentales, y ponerlas a la disposición de los distintos servicios, como los de atención primaria, los centros sociales, las residencias o las instalaciones para cuidados de larga duración.
4. Abordar los problemas de adicción en los grupos

de personas mayores y adoptar medidas preventivas. Como por ejemplo:

- Normas para la revisión regular de las prescripciones para tratamientos prolongados para las personas mayores, especialmente en el caso de las prescripciones repetitivas.
  - Aumentar los impuestos sobre las bebidas alcohólicas y realizar breves intervenciones al inicio de los casos de problemas de alcoholismo.
5. Desarrollar e investigar vías de prevención efectivas del suicidio entre las personas mayores, especialmente entre los hombres europeos mayores, y generalizar su puesta en práctica. Las iniciativas más importantes incluirían:
    - Programas con acciones plurales destinados a la prevención del suicidio que integran acciones a diferentes niveles.
    - Medidas que aborden los riesgos más elevados derivados del aislamiento social y de los trastornos de los estados de ánimo sin tratar.

### 2.4. Personas mayores en situación de vulnerabilidad

1. Destinar recursos específicos para las personas mayores en riesgo de exclusión social, como aquellos que viven en situación de pobreza.
  - Programas comunitarios de desarrollo en barrios deprimidos, redes de apoyo e iniciativas de inclusión social, especialmente dirigidas hacia las mujeres mayores.
  - Intervenciones preventivas, en su idioma y adaptadas culturalmente e iniciativas para la inclusión social de las personas mayores pertenecientes a minorías étnicas y a grupos de inmigrantes.
2. Mejorar la identificación y el apoyo a las personas mayores que sufren situaciones de violencia doméstica, a través de:
  - Líneas telefónicas de ayuda y consejo confidenciales, tanto para las víctimas y los testigos de los abusos, como también para sus autores.
  - Garantizar el control de calidad y disponer fondos suficientes para los servicios de atención social y de salud, y también para el apoyo y guía de los cuidadores no profesionales.
  - Incrementar la concienciación de los abusos a los mayores y sobre cómo detectarlos y preve-



nirlos, entre los trabajadores sociales, los profesionales de la atención primaria, los miembros de la policía y la población en general (incluyendo a las familias). Establecer lugares estratégicos donde se pueda informar sobre los abusos y donde se puedan atender en todos sus aspectos.

3. Coordinar los servicios de salud y los servicios sociales de cara a mejorar el acceso de los grupos de población más vulnerables.
4. Destacar las cuestiones relacionadas con el envejecimiento ante las agencias no gubernamentales, que sean representativas de los sectores con mayor riesgo de exclusión social (por ejemplo, organizaciones o grupos de interés que representen a las mujeres mayores, los indigentes, los inmigrantes, las minorías étnicas, las lesbianas, los gays, los bisexuales y los transexuales).

## 2.5. Sistemas para los cuidados y los tratamientos

1. Crear sistemas de cuidados sanitarios, basados en los principios de la medicina geriátrica, orientados hacia la comunidad y los pacientes de día, que incluyan la colaboración proactiva entre los sistemas de tratamientos de la salud mental y de las enfermedades físicas, así como también entre el sector sanitario y el social.
2. Asegurar la disponibilidad y el acceso a equipos cualificados y multidisciplinarios, que deben incluir médicos generales, gerontólogos, especialistas en salud mental (especialmente psiquiatras especializados en personas mayores), trabajadores sociales, educadores y enfermeras, entrenados para detectar los trastornos mentales en las personas mayores.
3. Asegurarse de que las residencias proporcionen cuidados de alta calidad a través de personal especializado y suficiente, con condiciones de trabajo satisfactorias para impedir la frecuente rotación del personal. Alentar la colaboración entre los profesionales de la salud mental con los de otras especialidades, implantando también controles de calidad independientes.

4. Incorporar nuevas tecnologías (incluyendo tecnologías de información y comunicación, como por ejemplo, las TIC y la e-Salud) así como ayudas especiales en los programas para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos, los tratamientos y cuidados de las personas mayores.
5. Apoyar a los profesionales y elaborar guías para los cuidados de enfermería y los de larga duración, con el objeto de prevenir el maltrato de las personas mayores y de permitir que vivan con dignidad en un ambiente apropiado.

## 2.6. Cuidadores no profesionales

1. Proporcionarles reconocimiento oficial, apoyo financiero y beneficios de la seguridad social (incluso a los cónyuges y a los cuidadores mayores). Incluir apoyos específicos para aquellos que no pueden trabajar a causa de las responsabilidades de los cuidados, que comprendan compensaciones económicas y derecho a pensión. Se debería prestar una consideración especial a las mujeres mayores como cuidadoras.
2. Proporcionarles medidas de protección de su salud mental, tales como:
  - Posibilidades de descanso y de un trabajo flexible y a tiempo parcial.
  - Apoyo psicosocial (redes sociales, apoyo de sus iguales, literatura de autoayuda, líneas telefónicas de ayuda y puntos de información).
3. Proporcionarles adiestramiento con horarios flexibles, supervisión y ayuda profesional, que incluya:
  - Escalas de autoevaluación de sus necesidades mentales y físicas.
  - Desarrollo de programas que hagan hincapié en cómo se puede promover la salud mental en las personas mayores y cómo se pueden prevenir estos trastornos.
  - Visitas domiciliarias frecuentes, así como comunicación continua entre ellos y los profesionales, que incluyan la evaluación de las condiciones sanitarias y de seguridad, así como de los dispositivos de ayuda.
  - Utilizar la valiosa experiencia que tienen sobre la persona receptora de los cuidados, en el en-



trenamiento y en el apoyo de los profesionales para que continúen o les ayuden en su función.

## 2.7. La investigación

1. Establecer estímulos, tales como convocatorias y programas de financiación, para que la investigación cubra las lagunas en este campo:
  - La identificación de la contribución de las personas mayores al capital social, cultural y espiritual.
  - La identificación del valor económico de los cuidados no profesionales.
  - El desarrollo de herramientas de investigación, validadas interculturalmente, para investigar el bienestar y los determinantes de la salud mental en este grupo de edad.
  - El impacto de las políticas sobre la salud mental.
  - La prevención de la depresión, la ansiedad, el alcoholismo y la drogadicción, el suicidio y el abuso hacia las personas mayores.

# SEGUNDA PARTE: Fundamentos y antecedentes

# 1 ♦ Introducción

## Fundamentos para la Conferencia Temática de la UE: El valor de la salud mental en las personas mayores

La salud mental y el bienestar en las edades avanzadas\* nos afectan a todos según nos vamos aproximando a ellas. Existen razones humanitarias, sociales y económicas por las que deberíamos prestar más atención a estas cuestiones. La salud mental y el bienestar en la edad avanzada nos benefician a cada uno de nosotros, al asegurarnos que podremos llevar vidas largas y saludables que sean agradables y satisfactorias. Promover la salud mental entre las personas mayores es una vía para maximizar las valiosas contribuciones que pueden hacer a la sociedad y a la economía, a la vez que se minimizan los costes relacionados con los cuidados originados por una salud mental frágil<sup>2</sup>.

Un envejecimiento en buenas condiciones físicas y mentales es un derecho de todos los europeos. Tales derechos se extienden a la reducción del estrés de los cuidadores, a una vida social activa para todos, garantizando el acceso equitativo a los sistemas sanitarios y a las oportunidades de trabajo, tanto en el sector remunerado como en el voluntario. Más «Años de Vida Saludable» significan plantillas más saludables y menos jubilaciones a causa de la enfermedad.

Los factores determinantes (causas y consecuencias) de la salud mental y del bienestar en la edad avanzada podemos encontrarlos en varios niveles distintos: el plano del individuo (la autoestima, la capacidad de afrontar las cosas, la salud física, los estilos y experiencias de vida); el plano interpersonal (las interacciones y relaciones con los amigos y con la familia,

el funcionamiento diario con la comunidad); el plano de la sociedad (las políticas sociales, las estructuras y los recursos); y el plano cultural (la equidad, la valía, la tolerancia y la diferencia).

## Retos que Europa tiene que afrontar: los cambios sociales y demográficos

El cambio demográfico al que se enfrenta la UE, como resultado de la baja tasa de natalidad y del incremento de la longevidad, implica que en las próximas décadas habrá menos jóvenes y adultos jóvenes, y una mayor cantidad de trabajadores mayores, pensionistas y personas muy mayores. La proporción de la población mayor de 65 años en el 2050 será de alrededor del 30%, y un 11% tendrá más de 80 años<sup>2</sup>. Este giro hacia el envejecimiento dará lugar a la necesidad de mayor apoyo y más servicios en los Estados Miembros, y tendrá consecuencias directas en la fuerza de trabajo, los sistemas sanitarios, la cualificación de los cuidadores, tanto formales como no profesionales, y la sociedad.

El cambio demográfico se está produciendo a ritmos diferentes en cada país europeo, dándose la mayor aceleración del envejecimiento en Polonia y Rumanía. Mientras que la proporción actual en ambos países es de alrededor de cinco personas entre 15 y 65 años frente a una mayor de 65, en el 2050 esta ratio se reducirá a dos en «edad de trabajar» por cada persona mayor<sup>3</sup>. Está claro que va a ser necesario adoptar medidas para reducir la jubilación anticipada, para incrementar la flexibilidad de los planes de jubilación y permitir, a aquellos que lo deseen, permanecer en sus trabajos durante más tiempo, para soste-

\* Para los propósitos de este informe, el documento de los mensajes clave y la Conferencia Temática de la UE, y con base a distintos documentos de la Comisión, los términos «edad avanzada» y «personas mayores» que han sido utilizados, se refieren a personas de más de 65 años o mayores de la edad legal de la jubilación en los Estados Miembros, a no ser que se declare específicamente de otra manera. Aquellos de más de 80 años son referidos como «muy mayores». Sin embargo, hay que hacer notar que los límites de edad mencionados son arbitrarios.

ner la seguridad de la economía y la calidad de vida en Europa.

También están sucediendo cambios en las estructuras de las familias europeas, en la vida en común y en los papeles que cumplen los géneros, que producen efectos significativos en la situación de la vida de las personas mayores<sup>4</sup>, y a la vez en los riesgos y los factores para preservar la salud mental y el bienestar. Por ejemplo, el aumento de la tasa de divorcios y la migración de las generaciones más jóvenes en busca de trabajo, han dado como resultado, en Europa Occidental, el incremento de los hogares de una sola persona mayor, sobre todo en lo que se refiere a las mujeres<sup>4</sup>. Vivir sólo, si no es contando con el apoyo adecuado, puede producir sentimientos de inestabilidad en las relaciones sociales, aislamiento y soledad, incrementando el riesgo de sufrir depresión y ansiedad.

Encontramos muchas diferencias a través de la UE en la composición de los hogares y la estructura de las familias, tanto entre los distintos países como en el seno de cada país, debido a las variaciones entre los estándares de las comunidades rurales y urbanas. En algunos países, especialmente en los del sur de Europa, lo común es todavía que las personas mayores convivan con sus hijos, quienes después asumen el rol de los cuidados no profesionales. En otros, las personas mayores con frecuencia viven solas, contando con los servicios de cuidados formales en los casos en que lo necesiten, y una gran mayoría de los muy ancianos viven en instituciones.

Además de que las personas mayores no desean vivir en residencias, y de que son caras para la financiación pública y la privada, el ingreso en estas residencias está asociado con varias secuelas negativas, como son, por ejemplo, el incremento de la mortalidad y la restricción de la calidad de vida que, a menudo, están relacionadas con el detrimento de la calidad de los cuidados. Los resultados adversos vinculados a la institucionalización en residencias apoyan el intento de impedirla o retrasarla, y refuerzan los argumentos de los movimientos a favor de la desinstitucionalización y de las iniciativas para invertir en los cuidados a domicilio<sup>5</sup>.

## La salud mental y el bienestar en las personas mayores

Para algunos, envejecer es una experiencia positiva, ya que conlleva liberarse de la carga del trabajo y contar con más tiempo libre, cuando la mayoría todavía está en buenas condiciones para disfrutarlo. Ser abuelo es una experiencia única y un importante papel para muchas personas mayores, que les proporciona una continuidad de la vida y la oportunidad de dar incondicionalmente<sup>6</sup>.

No obstante, también hay cuestiones críticas durante esta fase de la vida. La jubilación puede tener un impacto significativo en la salud mental de los mayores. Se asocia frecuentemente con la pérdida del estatus y de la organización de las actividades cotidianas asociados a la vida laboral, así como con la percepción de un rol notablemente reducido en la vida, con pocas relaciones sociales. Otros factores que pueden causar efectos sobre la salud mental de este grupo de edad incluyen el deterioro gradual de la salud y de la capacidad física, la pérdida de estabilidad económica, el cambio de entorno al mudarse de domicilio, y la pérdida del sentido de pertenencia<sup>7,8</sup>. Las personas mayores, frecuentemente, sufren la pérdida paulatina de sus amigos íntimos, de su familia y de sus parejas, el deterioro de la capacidad funcional, el sentido de propósito en la vida y la pobreza<sup>9</sup>. El miedo a perder su independencia también es común en este grupo de edad<sup>7</sup>.

Por regla general, en Europa, las personas mayores se sienten menos contentas con sus vidas que las personas jóvenes, especialmente en los nuevos Estados Miembros, donde son mayores las diferencias en los sentimientos de satisfacción de vida y de felicidad entre los grupos de edad<sup>10</sup>. La depresión o la ansiedad, que son los trastornos mentales más comunes, las encontramos muy frecuentemente en la vejez, siendo la depresión la que afecta entre un 10 y un 15% de las personas mayores de 65 años<sup>11</sup>.

También existe una disparidad considerable entre los diferentes países, tanto en la depresión en la edad avanzada como en el bienestar entre los países de Europa. Para los europeos mayores de 50 años, los Países Escandinavos, Austria y Holanda, parecen tener la mayor calidad de salud mental (bienestar elevado y baja depresión), seguidos por Francia y Ale-

mania (nivel bajo o mediano de depresión y nivel medio o alto de bienestar), mientras que las personas mayores en Italia, Grecia y España tienen el peor nivel de salud mental (nivel elevado de depresión y bajo nivel de bienestar)<sup>9</sup>.

Más aún, además del impacto profundo e inmediato en la calidad de vida, la depresión en las personas mayores es un factor de riesgo para la disfunción funcional<sup>12, 13</sup> y puede presagiar una muerte prematura. Las personas mayores con depresión son de dos a tres veces más susceptibles a tener dos o más enfermedades crónicas, y de dos a seis veces más de sufrir, cuando menos, una limitación en sus actividades cotidianas<sup>14</sup> en comparación a los grupos de menor edad. La depresión con morbilidad asociada en las personas mayores incrementa también la frecuencia y el coste de la ayuda profesional y el riesgo de un ingreso prematuro en una residencia.

Unos seis millones de personas de la UE están afectadas por demencias (entre 1,1 y 1,3% de la población), definida como la pérdida de funciones intelectuales con la severidad suficiente como para interferir con el funcionamiento cotidiano de la persona<sup>15</sup>. La enfermedad de Alzheimer, que es un proceso lento de degeneración neuronal y que, hasta la fecha, no se puede controlar o prevenir, es la forma más común (60%) entre todos los casos de demencia. Además, hay poco entendimiento de los síntomas iniciales más comunes entre la población en general y las familias que lo sufren, y hasta un 70% de los médicos de atención primaria han declarado tener dificultades en detectar los síntomas iniciales de esta enfermedad<sup>16</sup>. La estigmatización y la negación son también factores que contribuyen a un diagnóstico tardío o insuficiente de la demencia, y ciertos contextos culturales particulares juegan aquí también un papel<sup>17</sup>. Las patologías neurodegenerativas, frecuentemente, son morbilidades asociadas con la depresión y otros problemas de salud mental.

## La salud mental de los cuidadores

El envejecimiento demográfico tiene importantes implicaciones para las estructuras familiares. La proporción de los muy ancianos (más de 80 años) en el total de la población se espera que se duplique entre los

años 2000 y 2030, y muchos de ellos necesitarán cuidados diariamente. Tendrán menos hijos que puedan cuidar de ellos, y éstos no podrán hacerse cargo de ellos por razones profesionales o debido al alejamiento geográfico. Por consiguiente, parece que será necesario un fuerte desarrollo de los servicios profesionales de cuidados, especialmente en aquellos países o zonas rurales donde la mayor parte de los cuidados de las personas mayores aún se proporcionan en el seno de las familias<sup>18</sup>.

Según una encuesta del Eurobarómetro de 2007, el 47% de las personas mayores de 65 años declararon haber necesitado alguna ayuda de forma regular y cuidados de larga duración durante los últimos diez años<sup>19</sup>. Una proporción significativa de ellos recibirán esta ayuda de alguna otra persona mayor: en 2002, del 13 al 16% de los europeos de más de 65 años declararon estar al cuidado de alguna persona enferma, discapacitada o mayor en sus hogares<sup>10</sup>.

Los cuidados en el hogar conllevan tensiones de índole física, psicológica, social y económica, y los cuidadores (mujeres por regla general) con frecuencia tienen que sacrificar muchas cosas para poder cuidar a sus familiares. El problema se ve exacerbado por la falta de adiestramiento necesario y la insuficiencia del apoyo social, económico y emocional hacia los cuidadores. En consecuencia, muestran un incremento en el riesgo de contraer enfermedades físicas y psicológicas, lo que sugiere la necesidad de un apoyo mayor para impedir que ellos también enfermen. Es más, casi el 25% de los cuidadores familiares presentan síntomas clínicos significativos de ansiedad<sup>20</sup>. Se dan con frecuencia, también, problemas generales de salud y daños físicos, como los de la espalda por tener que levantar peso. Además, los cuidadores de personas afectadas por demencia tienen tendencia a sufrir niveles más altos de estrés y carga, e informan sobre niveles más altos de depresión y fatiga<sup>21</sup>.

El impacto negativo de los cuidados puede durar toda la vida. Por ejemplo, a medida que ellos mismos van envejeciendo, las personas cuidadoras no profesionales de personas con demencia, que han interrumpido su vida laboral para cuidar a un familiar, corren el riesgo de la pobreza asociada a la reducción de la vida activa remunerada y de los beneficios de las pensiones.

## Cuestiones relevantes.

Hay varias cuestiones que son de relevancia transversal para los distintos temas de esta área de prioridad, y son clave para la implantación con éxito entre las personas mayores del European Pact for Mental Health and Well-Being [Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar]:

### 1. Empoderamiento:

El empoderamiento de las personas mayores incrementa su potencial para una vida autónoma y satisfactoria, y constituye un elemento clave para el éxito en las iniciativas para promover la salud mental.

### 2. La diversidad en los grupos de edad:

No existe un acuerdo en la definición de cuando comienza la «edad avanzada» o «el envejecimiento», y el entendimiento común acerca de la pertenencia a estos grupos tiene diversas connotaciones y significados entre las diferentes culturas, sociedades y personas. Estas poblaciones de mayores representan un grupo heterogéneo de individuos con estilos de vida, capacidades, necesidades y actitudes muy dispares. Las características importantes que diferencian a las personas mayores incluyen la edad funcional y biológica, el estado de salud, el género, la sexualidad y la cultura.

### 3. Una intervención más temprana:

El envejecimiento comienza al nacer, y el estado de salud de las personas mayores está determinado principalmente por su forma de vivir en edades más tempranas, por lo que la promoción de la salud mental debe comenzar antes de la edad madura para que tenga el máximo efecto.

### 4. La inclusión social y el capital social:

Los vínculos sociales y familiares son factores clave de protección para la salud mental entre las personas mayores, y aportan capacidad de resistencia durante los cambios de la vida adulta.

### 5. Desigualdad y Pobreza:

La desigualdad en la enseñanza, en el empleo y en los cuidados sanitarios, basados en la raza, la etnicidad o el género, que ya comienza en las edades tempranas, se agrava en las edades mayores. La pobreza viene a sumarse a otras causas de exclusión social, y reduce todavía más la capacidad de buscar ayuda, la movilidad y los recursos sociales, en aquellos que han vivido desigualdades con anterioridad.

### 6. Cuestiones de género:

Hay que prestar atención a las cuestiones de género, pues es otro elemento clave para poner en práctica con éxito las acciones para mejorar la salud entre las personas mayores. Hombres y mujeres se enfrentan a diferentes factores de riesgo, están expuestos a distintos problemas de salud mental y confrontan diferentes barreras para recibir el apoyo y los cuidados adecuados.

### 7. Colaboración intersectorial.

Para ejecutar con éxito actuaciones preventivas y de promoción, deben integrarse los esfuerzos en la labor sanitaria y social, y se requiere de la más amplia colaboración intersectorial. Lo último es particularmente cierto para la provisión de servicios eficientes y de cuidados para las personas mayores en todos los países europeos. Por consiguiente, es importante establecer protocolos de referencia eficientes, así como también lo es proporcionar adiestramiento en la detección precoz de los problemas mentales en los ámbitos de múltiples disciplinas relevantes.

### 8. Base para la investigación y el conocimiento:

Para el desarrollo y la implantación de acciones eficientes es esencial involucrar a las personas mayores en la investigación (incluyendo la definición de los temas a investigar y los objetivos de las actuaciones) y desarrollar sólidos marcos metodológicos en esta área.

## 2. Marco de actuación para la salud mental de las personas mayores

### 2.1. Envejecimiento saludable y bienestar: la promoción de la salud mental en las personas mayores

#### Mensaje

Un estilo de vida saludable, un medio ambiente seguro para vivir y la participación activa y significativa en la sociedad y en la comunidad, son importantes factores de protección para el bienestar mental de las personas mayores. No obstante, es, sobre todo, el apoyo de las familias, de sus coetáneos y de los cuidadores, el que cumple un papel muy importante en la promoción de su salud mental. La prevención de la soledad y el aislamiento es una de las estrategias más poderosas para conseguir este propósito. Las medidas para promoverla también son importantes para mejorar la salud física y el envejecimiento saludable.

La promoción de la salud mental en las personas mayores es una cuestión compleja y será descrita en otras secciones:

1) Participación e inclusión social; 2) factores personales y cuestiones relativas a los estilos de vida; 3) el entorno de las personas mayores, los espacios de vida y los barrios; 4) aspectos laborales y políticas de jubilación.

#### 2.1.1. Participación e Inclusión social

##### El problema

Muchas personas mayores pueden sufrir **exclusión social y aislamiento**. Una gran mayoría declara albergar sentimientos de soledad (un 35%, de acuerdo con un estudio sueco, y de ellos un 45% presenta una disminución en su salud subjetiva), y las mujeres declaran sentir más soledad que los hombres<sup>22</sup>. Las personas mayores de salud delicada pueden sufrir especialmente la soledad y el aislamiento, fenómenos asociados a menudo con vivir solos y los impedimen-

tos de movilidad. Las mermas de la salud y los cambios en las condiciones de vida (como por ejemplo, el ingreso en una residencia) pueden conducir a limitaciones de la vida social<sup>23</sup>.

La exclusión social y la soledad causan un impacto negativo sobre la salud. Señales principales de la soledad en las personas mayores son una salud mental frágil y la depresión<sup>24</sup>, las enfermedades psiquiátricas, el incremento de los impedimentos físicos, las redes sociales demasiado pequeñas, la vida poco satisfecha y la disminución en la calidad de vida<sup>25</sup>. Y por añadidura, los eventos de mayor significado en la edad madura, como las separaciones o el luto, están asociados a efectos negativos sobre la salud<sup>26</sup>.

**Las redes sociales** tienen un efecto positivo y protector. Aquellas personas mayores que tienen contacto frecuente con la familia, los amigos íntimos y los vecinos, tienden a tener mejor salud mental y física que los que se involucran menos<sup>27</sup>. Más aún, una mayor implicación con el vecindario y la comunidad se asocia con más apoyo social, más actividad física y niveles menores de estrés<sup>28</sup>.

«**La productividad**» en los grupos de mayores puede tomar muchas formas, como el empleo, el cuidado de los niños y el voluntariado (véase el capítulo 2.1.4). El voluntariado puede aportarles reconocimiento social, significado y estructura para las personas mayores, y crea una sensación de seguridad y aceptación que incrementa la autoestima, el bienestar y la salud mental positiva<sup>29</sup>. Por otra parte, el voluntariado y otras formas de trabajo no remunerado, como pueden ser la orientación intergeneracional como mentores y el cuidado de los niños, pueden beneficiar a los receptores y a la sociedad en general<sup>30</sup>. Hay que hacer notar que la mayor parte de la información sobre los esquemas de voluntariado proviene de EEUU y no es especialmente consistente. Dadas las diferencias sustanciales entre las culturas de los países europeos y los EEUU respecto al voluntariado, como por ejemplo, los incentivos que son utilizados en ese



país, queda patente la necesidad de más investigación en Europa sobre los beneficios de las iniciativas de voluntariado para las personas mayores.

La participación en la educación proporciona un estímulo para los cambios de comportamiento, ya sea en el trabajo o en otras esferas de la vida cotidiana. La relación entre la participación en la enseñanza y la implicación en las actividades sociales y cívicas, es enormemente beneficiosa. Las redes sociales (las unidades del capital social) son una base para la cohesión social y la reciprocidad, las cuales funcionan como factores de protección durante las vicisitudes más relevantes de la vida<sup>31</sup>. Por tanto, la continuidad en la educación o en el **aprendizaje a lo largo de la vida** proporciona una oportunidad para adquirir nuevos conocimientos, habilidades y competencias, especialmente para las personas en riesgo de exclusión social. Los más mayores de más bajo estatus socioeconómico (con escasa cualificación educacional y laboral) y otros grupos frecuentemente marginados (como los inmigrantes, las mujeres y las personas con discapacidades) deberían ser objetivos principales de la integración en el aprendizaje a lo largo de la vida. Muchos están interesados en participar en actividades de aprendizaje para poder seguir activos mentalmente y motivados por los aspectos sociales de la asistencia a las clases y el intercambio recíproco de la enseñanza. Sin embargo, el acceso y el aprovechamiento del aprendizaje están muy determinados por influencias externas y circunstancias personales, como la jubilación o las enfermedades. Los obstáculos incluyen los costes, la distancia, la falta de transporte, los horarios, a quién van dirigidas las clases y su evaluación, y la burocracia. La participación en los programas de aprendizaje a lo largo de la vida es baja entre las personas mayores y debe ser impulsada<sup>32</sup>.

Las ventajas del aprendizaje son el adiestramiento en habilidades cognitivas, el incremento del conocimiento, la adquisición de habilidades de aplicación práctica y la sociabilidad, y las personas mayores cuando toman parte en estudios de carácter formal lo hacen por muchas de estas mismas razones. La mayoría de los mayores aprenden informalmente, por ejemplo, a través de la familia (los hijos y los nietos) y los amigos. Sin embargo, las redes sociales tienden a disminuir en las edades avanzadas, con los

consiguientes efectos negativos sobre los niveles de actividad de contactos y de aprendizaje<sup>33</sup>.

### Principios que funcionan

Principios eficaces son:

- Empoderamiento y compromiso de los individuos con la comunidad para retomar el control de su propia salud.
- Proporcionar actividades sociales y de grupo positivas, como son el voluntariado, el aprendizaje a lo largo de la vida, incorporarse a distintas asociaciones y aprovechar sus posibilidades.
- Visitas domiciliarias de activación y prevención.
- Posibilitar la continuación de la práctica profesional de las personas mayores.

### **Empoderamiento y compromiso comunitario**

El empoderamiento de las personas mayores fomenta la capacidad individual para tomar decisiones y para asumir la responsabilidad de su propia salud y bienestar. El empoderamiento describe un proceso por el cual los individuos (como tales o como miembros de su comunidad) son capaces de expresar sus necesidades de salud, de manifestar sus preocupaciones y de concebir estrategias para su participación en la toma de decisiones<sup>34</sup>.

Para promover el empoderamiento de las personas mayores, es necesaria su participación social en grupos para el intercambio de información, experiencias y aprendizaje. También es necesario el fortalecimiento de la autoestima para que las personas mayores estén en condiciones de usar sus habilidades y capacidades personales. Otro aspecto no menos importante es la promoción de la independencia y la autonomía individual mediante la mejora de sus habilidades prácticas, del acceso a las nuevas tecnologías (con adiestramiento y entrenamiento) y de respetar la capacidad de los mayores para proporcionar ayuda y para el aprendizaje autodidacta<sup>34</sup>.

### **Actividades significativas sociales y de grupo**

Las actividades de grupo con propósitos educativos y prácticos son efectivas para promover entre las personas mayores la inclusión social (por ejemplo, las que contribuyan al aprendizaje o los cursos de capacitación). Los programas de activación social, el apoyo durante el luto para los mayores que enviu-

den, las reuniones de terapia de grupo, y las agrupaciones de profesionales afines para el asesoramiento y el debate, han demostrado ser vías muy eficientes para reducir la soledad y el aislamiento social en grupos específicos, como las mujeres, los cuidadores, los viudos y personas mayores físicamente inactivas, o los que sufren trastornos de salud mental<sup>35</sup>.

Ejemplos de eficacia son los siguientes: animar a los inquilinos de los edificios de apartamentos de personas mayores para que organizaran actividades sociales y que asumieran labores del trabajo doméstico, tuvo como resultado el incremento de la participación social y la responsabilidad; los grupos de autoayuda para viudas con el apoyo de profesionales o facilitadores de su misma edad disminuyeron la depresión y la soledad; los grupos enfocados al debate fueron eficaces para disminuir la soledad e incrementar la actividad social, aunque el aislamiento social de las personas mayores con trastornos mentales continuó siendo elevado<sup>35</sup>.

### ***Aprendizaje a lo largo de toda la vida***

Las iniciativas de aprendizaje a lo largo de la vida son medios efectivos para incrementar la actividad y la responsabilidad, y para reducir la dependencia. Es responsabilidad de la comunidad, a través de políticas locales y nacionales, crear las condiciones y el entorno del marco institucional en el que las personas mayores se sientan bienvenidas y motivadas para desarrollar sus propios conocimientos y habilidades.

Algunos factores importantes que conforman las relaciones entre los individuos y las organizaciones educativas son:

- Las opciones de aprendizaje deben ser de carácter significativo.
- Deben involucrar activamente a los participantes en el proceso de aprendizaje.
- Son necesarias iniciativas para impulsar la participación de personas mayores excluidas (por las deficiencias de la información dirigida a los grupos que normalmente no participan, como son los que proceden de clases con bajo nivel educativo).
- Deben crearse oportunidades para participar en los grupos sociales (por ejemplo, a través de las tecnologías)<sup>33</sup>.

Además, las reuniones instructivas y otras formas de auto aprendizaje presentan resultados prometedores

(por ejemplo: festivales de aprendizaje, cibercafés o desayunos educativos). Los enfoques efectivos para el aprendizaje de las personas mayores tienen en cuenta sus conocimientos prácticos, grupos o redes didácticas y también las plataformas electrónicas<sup>33</sup>. Más aún, los proyectos y programas muestran los mejores resultados cuando las personas mayores se implican en su diseño e implementación, cuando contribuyen al proyecto como participantes en la red o preparadores, y cuando las acciones responden a sus opiniones y respuestas<sup>34</sup>.

### ***Voluntariado***

Practicar el voluntariado u otras formas de actividad profesional tiene efectos positivos en las personas mayores. A veces es posible conservar después de la jubilación algunos de los beneficios del trabajo remunerado, como el mantenimiento de las redes sociales y la posición, a través del voluntariado. Por tanto, las políticas y las organizaciones del sector social y de la salud deberían ofrecerles unas opciones de voluntariado adecuadas para ellos. Hay que establecer acuerdos mixtos, basados en la edad, entre el trabajo remunerado y el voluntariado, que hagan posible que las personas mayores encuentren soluciones para cada situación específica. Por ejemplo, las agencias de voluntariado son útiles y pueden ayudar a conectar la demanda y la oferta<sup>36</sup>. (Véase el capítulo 2.4).

### ***Visitas domiciliarias de activación***

Los programas de visitas a domicilio pueden reducir eficazmente la mortalidad y los ingresos en establecimientos de cuidados institucionales<sup>37, 38, 39,40</sup> pero se sabe poco acerca de cómo podrían mejorar la salud mental y el bienestar de las personas mayores. Por ejemplo, las visitas preventivas de las enfermeras han demostrado causar una disminución del aislamiento social y de la soledad a través de la combinación de la evaluación de la salud, los consejos, la información y la promoción de la salud al derivarlos a otros servicios en caso de necesidad<sup>41, 42, 43, 44</sup>.

### ***Políticas y programas para la acción***

#### ***Estrategias de empoderamiento***

Estas estrategias incluyen la cualificación y el posicionamiento de voluntarios que incrementen las habilidades y las redes de contacto.

**Cuadro 1: SenEmpower**

(<http://www.senempower.eu/project/>)

El objetivo del proyecto SenEmpower es combinar los aspectos de la sociedad civil y el papel que pueden cumplir en ellos las personas mayores. En primer lugar, el factor mayor de riesgo de exclusión social es un nivel bajo de escolaridad. Por consiguiente, hay que encontrar vías, y desarrollarlas, para utilizar sus habilidades informales, de manera que se capaciten para participar en la vida comunitaria. Y en segundo lugar, la contribución al bienestar social de las personas mayores en los grupos de autoayuda y otras iniciativas es enorme, pero ha de ser reconocido y apoyado con ofertas educativas y con la cooperación a nivel comunitario. En este contexto, SenEmpower ofrece cursos de adiestramiento a los miembros de los grupos de autoayuda y a los voluntarios que trabajan en las iniciativas para mejorar sus capacidades. La idea es animar a los que tienen unas redes familiares y sociales frágiles a asumir un papel mayor en la sociedad.

**Cuadro 2: La promoción de la salud de las personas mayores en los entornos urbanos (Plan60)**

(<http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modell-projekteaelttere-menschen-in-der-stadt>)

El Plan60 tiene como objetivo aumentar la calidad de vida de las personas mayores en Viena mediante el empoderamiento, la activación y el fortalecimiento de sus propios recursos. Para alcanzar estos fines, se han desarrollado puntos de encuentro y cursillos de adiestramiento, y se les ofrecen a los mayores para que, a su vez, ayuden a otros individuos como ellos a crear sus propios proyectos. En el transcurso del proyecto se emprendieron varias iniciativas, como por ejemplo, un grupo de viajes para personas mayores, otro de ayuda en las bibliotecas, otro de traducción de textos paleográficos alemanes (Kurrent-script), etc.<sup>45</sup>.

**Programa de visitas domiciliarias****Cuadro 3: Envejecimiento saludable y activo en Radevormwald**

Proyecto de demostración de la OMS (Organización Mundial de la Salud) (<http://www.aktiv55plus.de/>)

El proyecto de demostración de la OMS, «active55plus», tiene el propósito de extender en la comunidad una forma activa e independiente de vivir entre las personas mayores. El proyecto pretende mantener y mejorar su calidad de vida mediante el incremento del nivel de actividad, la independencia y la autoestima, las cuales se asocian a la buena salud. Para cumplir sus objetivos utiliza los recursos existentes en la comunidad. Se basa en una doble estrategia: un enfoque multisectorial a nivel local, combinado con otro orientado al usuario (los casos individuales se gestionan mediante visitas a domicilio). Se toman en consideración dos niveles: por un lado, el proyecto se refiere a las necesidades individuales de los usuarios; por otro, las barreras estructurales y su superación mediante estrategias innovadoras, se abordan desde una perspectiva comunitaria y regional<sup>44</sup>.

**Actividades de grupo.**

Varios de los factores que pueden influir positivamente en la obtención de los resultados incluyen la superación de las barreras de acceso para los que tienen problemas de movilidad, las actividades dirigidas a sus coetáneos y la participación multinivel en el ámbito político, público y profesional.

**Cuadro 4: Silver Song Club Sing for your life [Canta por tu vida]**

([http://www.singforyourlife.org.uk/silver\\_song\\_clubs.htm](http://www.singforyourlife.org.uk/silver_song_clubs.htm))

Este programa diseña y distribuye programas de música social para personas mayores que pudieran estar socialmente aisladas o sufriendo los efectos de enfermedades relacionadas con la edad. Los programas se distribuyen a través de la red Silver Song Club, que comprende más de 30 clubes en la región sureste del Reino Unido. Los clubes se reúnen regularmente y las sesiones son dirigidas por un monitor cualificado citado, con el apoyo de vo-

luntarios escogidos entre los grupos musicales locales. Las sesiones están abiertas a todo mundo y son gratuitas. También hay ayuda disponible para los que necesitan transporte y en casi todos los clubes se ofrecen refrigerios. Los Silver Song Club se reúnen en varias localidades con el propósito de cubrir un amplio abanico de necesidades. Sus actividades incluyen sesiones específicamente diseñadas para participantes en etapas avanzadas de la enfermedad de Alzheimer u otras afecciones degenerativas de la salud mental. También se realizan sesiones en unidades de seguridad. La organización también está desarrollando Silver Song Clubs para grupos minoritarios, para que puedan reflejar en ellos sus tradiciones musicales y culturales.

**Cuadro 5: Del aislamiento a la inclusión (i2i)  
La reincorporación de los mayores en  
situación de aislamiento a la vida  
comunitaria**

(<http://www.i2i-project.net/>)

El proyecto i2i ha identificado las medidas que hacen posible una plena participación de las personas mayores en la vida comunitaria, particularmente de aquellas con un alto riesgo de exclusión social (solteros, grupos étnicos minoritarios, discapacitados, enfermos crónicos, mujeres mayores, etc.). El enfoque elegido fue emprender iniciativas en las que fueran las propias personas mayores las que animaran a otras como ellas. Una combinación de ímpetu político, el saber hacer de los expertos y la vinculación directa con las actividades prácticas, fueron las vías por las que este proyecto aumentó las posibilidades de éxito de la implantación de las medidas sociopolíticas en favor de las personas aisladas.

**Aprendizaje y voluntariado**

Los seminarios dirigidos a pequeños grupos, para mejorar el aprovechamiento de las oportunidades de aprendizaje y las redes de intercambio de información sobre iniciativas de voluntariado, son algunas de las actuaciones que tienen éxito.

**Cuadro 6: Sustainable Learning in the  
Community [Aprendizaje Sostenible en la  
Comunidad]. (SLIC)**

([www.slic-project.eu](http://www.slic-project.eu))

El proyecto SLIC aborda la cuestión de las sociedades que envejecen rápidamente y la promoción de un envejecimiento activo. Sus objetivos han sido el desarrollo de vías innovadoras y prácticas para ayudar a las personas mayores a revisar su experiencia pasada y sus habilidades personales, y a buscar nuevas oportunidades y posibilidades para el aprendizaje y el compromiso comunitario. El desarrollo de un modelo innovador de taller, que está descrito en su manual, fue el medio de alcanzar sus objetivos. Las partes principales de estos talleres, de dos días de duración, son la creación de un perfil de las habilidades personales desde la experiencia y el aprendizaje del pasado y, además, un plan de acción personal basado en la identificación y la priorización de las nuevas áreas de interés. El formato del taller ofrece un alto grado de interactividad en un ámbito seguro y confidencial, dentro de un grupo de trabajo pequeño, que se ha identificado como la forma ideal de enfocar las diversas necesidades. Los talleres funcionaron bien con grupos de voluntarios procedentes de programas establecidos y con otros grupos de participantes. También tomaron parte en estos talleres, con resultado positivo, algunas personas mayores que no habían participado previamente en acciones de aprendizaje o voluntariado, pero que estaban buscando nuevas actividades, junto con otras pertenecientes a comunidades de minorías étnicas locales.

**Cuadro 7: Experience Corps  
[Grupos de experiencia]**

(<http://www.experiencecorps.org>)

El objetivo de Experience Corps es crear oportunidades para las personas mayores de implicarse en la educación de los niños y de apoyar los retos de la sociedad mediante el fortalecimiento de sus habilidades académicas. Los mayores se encargan de las tutorías, la orientación y el apoyo dentro de las aulas y reciben una pequeña compensación económica para el transporte o el almuerzo, por ejemplo. En un estudio realizado por medio de entre-

vistas a voluntarios de Experience Corps se manifestaron tres razones principales para serlo: además de una creencia profunda en la importancia de ayudar a los demás, una correspondencia adecuada entre disponibilidad e intereses, y la oportunidad de mejorar su propia calidad de vida, todos ellos aspectos positivos de las iniciativas para los mayores<sup>46</sup>.

### **Cuadro 8: Senior European Volunteers Exchange Network [Red de Intercambio para los Voluntarios Mayores de Europa] (SEVEN)**

(<http://www.seven-network.eu/site/>)

SEVEN es una red internacional que comprende 29 organizaciones que promueven los servicios de voluntariado en Europa como una herramienta para el aprendizaje a lo largo de la vida para los ciudadanos mayores. La red incluye varias ONG, gobiernos locales, universidades y centros de investigación colaboradores de ONG, que tengan al menos cinco años de experiencia en la coordinación y administración de programas de voluntariado para personas mayores. El objetivo de la red SEVEN es crear un «gran espacio europeo» donde todas las organizaciones participantes puedan fácilmente dar y recibir información sobre implantación y movilidad de sus proyectos, y participar en propuestas de proyectos comunes. Otro de los objetivos es el de ofrecer asesoramiento sobre el voluntariado de los mayores a las instituciones nacionales e internacionales que se relacionan con el envejecimiento activo, las herramientas educativas, la ciudadanía activa y la cohesión social.

## **2.1.2. Factores Personales y Estilo de vida**

### **El problema**

En 2002, la Organización Mundial de la Salud<sup>47</sup> identificó los determinantes del comportamiento de los individuos como responsables en parte del envejecimiento activo. La salud mental está influenciada por el estilo de vida de las personas. La actividad física, una dieta equilibrada, no fumar, el consumo moderado de alcohol y el uso apropiado de la medicación, en resumen, adoptar un estilo de vida saludable es esencial para

mantener una buena salud mental en la vejez, y en teoría debería ser fomentado por las políticas<sup>48,49</sup>.

Los impedimentos en la salud física o una mala condición física tienen un impacto negativo sobre la salud mental y, por el contrario, las buenas condiciones físicas apoyan el bienestar mental<sup>50</sup>. Hay una relación entre la salud psicológica y cognitiva y estilo de vida<sup>51</sup>. Más aún, la evaluación subjetiva de la salud personal juega un papel importante en determinar el riesgo individual de desarrollar una enfermedad o afección mental<sup>52</sup>.

### **Principios que funcionan.**

Promocionar un estilo de vida saludable de las personas mayores mediante:

- Mantenimiento de la actividad física.
- Apoyar el comportamiento de comer de manera saludable y huir de la malnutrición.
- No fumar y no consumir alcohol o hacerlo moderadamente.

En general, una de las claves para permanecer mentalmente sano a través de la vejez es construir reservas cognitivas, recursos físicos, y mantenerse socialmente activo, como por ejemplo, leyendo y haciendo crucigramas<sup>53</sup> y realizando actividades tranquilas de ocio<sup>54</sup>, que contribuyen a la actividad mental. Las personas mayores que son socialmente activas y están integradas en redes sociales estables disfrutan de una mejor salud psicológica. De manera especial, para muchas personas mayores, la afiliación religiosa y la asistencia a la iglesia cumplen también otra importante función<sup>55</sup>. (Véase también el capítulo 3.1.2).

### **Actividad física**

Entre los determinantes de la conducta de la salud mental, la actividad física (por ejemplo, el aeróbico, el ejercicio moderadamente intensivo) se muestra como lo más evidente para mejorar la salud mental. El ejercicio frecuente tiene efectos favorables, directa e indirectamente, sobre el bienestar, el estado de ánimo, la memoria y la función cognitiva<sup>56, 57, 58</sup>. Además, el ejercicio físico puede mejorar la calidad del sueño y está relacionado con una disminución del riesgo de la depresión clínica. Las personas más activas tienen una mayor autoestima y evalúan en un grado más elevado su salud mental<sup>59</sup>.



### **Dieta equilibrada y comidas en grupo**

La nutrición y una dieta saludable también contribuyen a una mejor calidad de vida, un mejor rendimiento físico y un peso corporal saludable<sup>48,60</sup>. Es importante destacar la relación entre la malnutrición, o una dieta pobre o desequilibrada, y el aislamiento social, la falta de motivación, la soledad, y la depresión<sup>56</sup>. Comer es quizá la quintaesencia del comportamiento biopsicosocial y, al mismo tiempo que surgen evidencias respecto a la función neuroprotectora de ciertos nutrientes y de las dietas equilibradas<sup>61</sup>, los aspectos sociales de las comidas en familia o en grupo son también elementos importantes para la promoción de la salud mental.

### **Fumar**

Por otra parte, no fumar se asocia con el envejecimiento saludable de la mente<sup>62</sup>, mientras que fumar está vinculado estrechamente con una pobre salud mental<sup>52</sup>.

### **Consumo moderado de alcohol**

Mientras que un consumo moderado de alcohol parece estar relacionado con algunos factores de protección de la salud mental, el alto consumo está asociado con síntomas de depresión. El uso excesivo del alcohol puede ser un factor colaborador y un efecto de los problemas de salud mental como el estrés, la depresión, la ansiedad, y en consecuencia es un factor de riesgo del suicidio<sup>63,64,65</sup>. (Véase también el capítulo 3.2).

En general, para promover la salud mental en Europa, son necesarias iniciativas que se desarrollen a gran escala en el ámbito nacional y regional<sup>51</sup>, y que sean duraderas, y el cambio de los comportamientos de los individuos necesariamente tiene que ir de la mano de la transformación del entorno. Por consiguiente, hay que introducir cambios en los espacios de vida, los servicios, las comunidades y, en consecuencia, en las políticas<sup>66</sup>, y se deberían impulsar las relaciones institucionales y las redes de contactos<sup>67</sup>. El efecto positivo de las políticas y programas que afectan a las personas mayores mejorará si se les incluye en la fase de planificación<sup>51</sup>.

Ante todo sólo un enfoque interdisciplinario, que implique a las autoridades locales y a los departamentos políticos, con agentes en el campo de lo social, del empleo, de la discriminación, la investigación y la

educación, puede garantizar soluciones de larga duración<sup>52</sup>. Hay que asegurarse de que los diseñadores de políticas adopten una perspectiva integradora (véase el capítulo 3.3). Más aún, para afrontar los retos de la salud mental<sup>50</sup> es necesario el empoderamiento de los profesionales sanitarios, así como el de las familias y el de los usuarios de los servicios.

### **Políticas y programas para la acción**

Se recomiendan las siguientes acciones para promover la **actividad física** de las personas mayores:

- Proporcionar a las personas mayores información apropiada y asequible sobre actividades físicas.
- Ofrecerles oportunidades de ejercicios informales y ligeros, como bailar, pasear, senderismo, jugar a los bolos o nadar, y hacerlas accesibles.
- Organizar y ofrecer actividades deportivas a la población de las personas mayores a través de servicios locales que se conozcan ampliamente, como pueden ser los clubes deportivos y las organizaciones de personas mayores.

#### **Cuadro 9: Thematic Network for Adapted Physical Activity [Red Temática de la Actividad Física Adaptada] (THENAPA)**

(<http://www.kuleuven.be/thenapa/>  
& <http://www.thenapa2.org>)

La red temática europea «Educational and Social Integration of Persons with a Handicap through Adapted Physical Activity» [Integración Educativa y Social de las Personas con Discapacidad a través de la Actividad Física] trata de mejorar la integración de las personas con discapacidades por medio de la actividad física adaptada y los deportes en todos los países de Europa. Otro de sus objetivos es el avance en la formación de expertos en el campo de estas iniciativas. El propósito de THENAPA II es recopilar y reunir información sobre la actividad física y los deportes para las personas mayores, y la descripción y puesta en marcha de los posibles programas educativos relevantes. Los productos de THENAPA II son las Active Aging Activity Cards [Tarjetas de Actividad del Envejecimiento Activo], el DVD motivador «Never too Old to be Active, The Joy of Movement» [Nunca se es demasiado viejo para ser activo, el placer del movimiento], un folleto con sus recomendaciones «Thenapa II Recommendations», y el «European

Master in Adapted Physical Activity for the Elderly» [Master Europeo en Actividad Física Adaptada para los Mayores] (currículo interactivo).

#### **Cuadro 10: Iniciativa del proyecto Walking the Way to Health [Camina por tu Salud]**

(<http://www.whi.org.uk>)

Este proyecto de cinco años de duración fue iniciado en el Reino Unido por la British Heart Foundation durante el año 2000, con el principal objetivo de motivar a las personas mayores para que sean más activas, y animarlas a caminar más en sus propias comunidades. Se han llegado a desarrollar 200 planes locales diferentes. Se ha realizado un sondeo de evaluación del proyecto, y las personas participantes en esta iniciativa enumeraron los siguientes aspectos positivos para su salud mental: contactos sociales, incremento de la sensación de bienestar, mejoría en los problemas de articulaciones y de movilidad, incentivos para salir y un sueño más satisfactorio.

#### **Cuadro 11: Calidad de vida en la vejez. (LIMA)**

([www.bildungswerk.at/lima/0](http://www.bildungswerk.at/lima/0))

El proyecto LIMA (Lebensqualität im Alter) está dirigido por el Instituto Católico de Educación de Austria (Katholisches Bildungswerk Österreich). Su objetivo es promover la actividad y movilidad física a través de grupos basados en el entrenamiento conductual del cuerpo, la mente y el alma, y contribuir a la autonomía de las personas mayores. El proyecto ha desarrollado cursos de entrenamiento holístico y de sus fundamentos teóricos (manuales LIMA) y ha entrenado a personas mayores voluntarias para que, a su vez, ellas puedan ofrecerlos a otras personas de edad similar. Los cursillos se ofrecen en el ámbito de los servicios católicos y se componen de diferentes módulos como:

- Entrenamiento de la memoria (concentración, técnicas de memoria, atención).
- Entrenamiento físico (entrenamiento corporal, ejercicios de respiración, baile, juegos y diversión, presión y resistencia).
- Entrenamiento de las capacidades cotidianas (situaciones de la vida, nutrición saludable, contactos sociales, información sobre redes de apoyo).
- Cuestiones de significado y creencias (inquieta-

des y dudas, esperanzas y deseos, la construcción de un sentido de la vida, la pareja, la enfermedad y la muerte, la soledad).

#### **Cuadro 11 [bis]: Programa Big!Move.**

([www.bigmove.nu](http://www.bigmove.nu))

El centro de salud Venserpolder en Ámsterdam ha desarrollado un concepto de la atención primaria orientado a la promoción de la salud, además de la atención médica regular y el tratamiento de la enfermedad. Crearon un departamento independiente de promoción de la salud que ha desarrollado un nuevo método llamado Big!Move. El programa es un puente entre la atención a la salud y la participación individual en actividades locales del barrio, desde la perspectiva de un comportamiento saludable y del «poder de la gente». Durante el curso, se alienta a los participantes a tomar parte en las actividades locales y a que las organicen ellos mismos. Las personas pueden participar en bailes en los centros sociales locales, ir a nadar, pasear o andar en bicicleta. También hay grupos especiales que se reúnen en las residencias para personas muy mayores.

#### **Promocionar dietas y hábitos de alimentación saludables**

- Mediante la mejora del acceso a los alimentos frescos y asequibles (por ejemplo, con servicios de comidas o de compras).
- Horarios de comidas estilo familiar.

#### **Cuadro 12: Nutrición saludable en para las personas mayores**

(<http://www.healthproelderly.com/database/plists/singleview/218>)

El principal objetivo de este proyecto esloveno es mejorar la educación de las personas mayores sobre la nutrición y la salud, y también ayudarles a que cocinen comidas saludables. Los participantes aprenden sobre las relaciones entre la alimentación sana y el envejecimiento saludable. Las diferentes comidas y menús se preparan con la colaboración de expertos. La evaluación realizada por los médicos de familia ha demostrado que hay menos problemas de salud entre las personas que asistieron a los cursos.



### **Cuadro 13: Proyecto Vida Deliciosa**

(<http://www.healthproelderly.com/database/plists/singleview/39>)

La finalidad de este proyecto de la República Checa es la mejora del conocimiento y de las habilidades culinarias de las personas mayores, para animarlas a llevar una dieta más sana, aumentar su actividad física e incrementar su motivación para mantener un estilo de vida saludable. El proyecto se basó en las conclusiones de que los hábitos alimenticios de las personas mayores, con frecuencia, son inapropiados y de que, para mejorarlos, se requiere de un impacto social además de nutricional. La celebración de los «Delicious Wednesdays» [Miércoles Deliciosos] comenzaba con un corto calentamiento físico, y comprendía charlas o conferencias sobre dietas saludables de las cocinas de todo el mundo (Grecia, Italia, Asia, etc.), lecciones prácticas de cómo prepararlas y sesiones de degustación. Las conferencias las daban expertos en dietética o las mismas personas mayores. Los centros participantes organizaban las sesiones del programa «Delicious Wednesdays» utilizando un enfoque metódico común, pero siempre con variaciones de determinados elementos específicos. La participación interactiva de las personas mayores amplió el desarrollo de las actividades. Fueron los mismos participantes en los «Delicious Wednesdays» los que eligieron las recetas, prepararon la comida y comieron juntos. Además, se implicaron en el desarrollo de un calendario de sobremesa con las recetas de más éxito, consejos y otras ideas para la promoción de la salud.

### **2.1.3. Espacios de Vida, el Entorno y el Barrio**

#### **El problema**

Una vivienda adecuada es un factor básico para la salud mental y el bienestar. Los espacios de vida y su diseño son parte esencial de la satisfacción de las personas mayores. Hasta las pequeñas incomodidades en sus habitaciones pueden contribuir a que aumenten los niveles de estrés, a que aparezcan sentimientos de disgusto y deficiencias en la salud mental y, si se acumulan, enfermedades mentales<sup>64, 69</sup>.

Muchas personas mayores desean permanecer durante la vejez en su entorno familiar mientras sea posible, para conservar sus puntos de referencia, sus vecinos y su comunidad. En los diferentes sistemas sanitarios europeos la mayoría de las personas mayores atendidas por los servicios de la seguridad social, viven en sus casas (por ejemplo, el 90% en Alemania y el 75% en Austria)<sup>69, 70, 71</sup>. Por lo general, únicamente un pequeño porcentaje de los mayores está en alojamientos alternativos o institucionales, aunque es probable que la necesidad de este tipo de alojamientos aumente en el futuro con el envejecimiento de la población europea y el incremento de los muy ancianos<sup>70</sup>. Teniendo en cuenta el crecimiento del número de personas con trastornos mentales y cognitivos, las cuestiones éticas deben mantenerse también en perspectiva. Hay factores interrelacionados que son beneficiosos para los individuos como, por ejemplo, la independencia y la seguridad, que deben ser sopesados para tomar las mejores decisiones posibles respecto a la vivienda y el alojamiento<sup>72</sup>. (Véase el capítulo 3.1.2).

Posibilitar que las personas que padecen trastornos mentales puedan seguir viviendo en sus casas mientras sea posible, puede ser una ayuda para promover la salud<sup>73</sup>. A pesar de ser la opción preferida por las personas mayores, todavía no ha recibido la atención política que merece<sup>74</sup>. Por otro lado, vivir en un alojamiento institucional o en una residencia con asistencia profesional, generalmente aporta sensaciones de protección y seguridad. Estos elementos son muy importantes para la salud mental de los mayores, especialmente para algunas mujeres mayores que se sienten inseguras y vulnerables si viven solas<sup>70</sup>.

Los entornos físicos, en el campo y en la ciudad, deben ser seguros y atractivos para las personas mayores para favorecer su salud mental y bienestar. Estar en un entorno natural puede tener efectos positivos para el estado de ánimo de las personas, aparentemente incluso a aquellos que sufren de problemas psíquicos de salud, como el estrés o la fatiga psicológica<sup>75, 76</sup>. En consecuencia, el diseño material de los espacios de vida rurales y urbanos deben satisfacer las necesidades de las personas para ejercer influencias positivas en la salud mental de los mayores<sup>70</sup>. Las zonas verdes, sobre todo en las ciudades, los jardines con elementos de agua y la vegetación variada pare-

cen tener efectos positivos para la salud mental<sup>77</sup>. Más aún, entornos como estos aportan experiencias visuales placenteras, reducen el ruido ambiental y mejoran la calidad del aire<sup>73</sup>.

### Principios que funcionan

- Proporcionar opciones de viviendas adecuadas.
- Crear barrios socialmente atractivos.
- Ofrecer entornos físicos y naturales saludables.

### Opciones de viviendas amplias y adecuadas

Factores estructurales (ubicación, rural/urbana, ausencia de barreras arquitectónicas), sociales (vecindario, comunidad), financieros (costes), y subjetivos (autonomía, movilidad, seguridad, integración), todos ellos juegan un papel esencial en las alternativas de vivienda. Y por añadidura hay que considerar otros aspectos, como la posibilidad de recibir asistencia a domicilio o contratar cuidados<sup>69</sup>.

Por ejemplo, las viviendas tuteladas para jubilados (entre 20 y 40 apartamentos o bungalós adosados, para personas con demencia, por ejemplo) que tengan centros de reunión donde las personas puedan encontrarse y pasar un rato reunidas (en eventos sociales) pueden originar una mayor autodeterminación, autonomía, seguridad y una calidad de vida más avanzada<sup>78</sup>. Los alojamientos tutelados con cuidados extraordinarios se organizan en apartamentos con baño y cocina propios, donde las personas pueden recibir ayuda y ser independientes, y donde, además, hay personal profesional disponible. Otras alternativas son los parques de casas móviles, comprar alojamientos para la jubilación o alquilarlas a las autoridades locales, a los organismos de viviendas sociales o a los arrendatarios privados. Por otra parte, algunas personas mayores también tienen la posibilidad de mudarse con algún pariente y vivir juntos en la misma casa<sup>70, 78, 79</sup>.

Además los planes de viviendas asistidas (con servicios de cuidados, asistencia doméstica o transporte y nuevas tecnologías) han demostrado ser una alternativa que da buenos resultados como opción intermedia entre la vida independiente y la vida en las residencias bajo los cuidados comunitarios<sup>70, 80</sup>. Igualmente, las nuevas tecnologías pueden ayudar a las personas mayores a sentir que viven en un entorno seguro (como las opciones de control electrónico, la

e-Salud o los programas de cuidados por internet). Como muestra, se han desarrollado sensores electrónicos que informan a los cuidadores o a los familiares si la persona se ha levantado o no de la cama, se ha caído o se ha hecho daño, o si está expuesta a otro peligro para la salud. Las unidades para enviar mensajes verbales pueden ayudar a las personas con problemas de memoria. Aunque todavía no sea muy frecuente que los mayores estén tan habituados como los grupos más jóvenes de edad al uso de las nuevas tecnologías de la información, estas técnicas van a ser una nueva vía para ayudarles a mantener sus contactos sociales o a encontrar información de utilidad, una vez que se eliminen sus carencias en este terreno<sup>68</sup>.

### Barrios atractivos socialmente

En lo que se refiere al entorno social más cercano, los aspectos más importantes para los mayores son la sensación de comunidad, el contacto con personas amigables y el acceso a los servicios de salud, y a los espacios seguros. Si se cumplen en ellos los requisitos de relajación, recreación, calma, seguridad y movilidad<sup>77 82</sup>, en ese caso, los senderos adecuados, el transporte accesible, los entornos sin delincuencia y los espacios e instalaciones para que las personas hagan ejercicio, se reúnan y se relacionen (como por ejemplo, los “parques amigables para pasear”), les ofrecen más y mejores oportunidades de permanecer en forma, disfrutar de los amigos y restablecerse<sup>81</sup>. En consecuencia, es necesario garantizar las necesidades individuales y la satisfacción personal con la comunidad<sup>28 76 82 83</sup>.

### Entornos saludables

Un entorno óptimo y natural para fomentar la salud mental debe ser limpio, sin ningún tipo de basura ni contaminación. Los lugares públicos tienen que ser seguros, bien iluminados, accesibles (por ejemplo, bien comunicados por transporte público) y organizados según una clara disposición<sup>77 82 73 84 85</sup>.

En general, los agentes políticos, las autoridades locales, los organismos de la salud, las asociaciones de viviendas sociales y las agencias de voluntarios, tienen que trabajar como socios estratégicos para desarrollar y ofrecer entornos saludables también en los servicios públicos de salud<sup>74</sup> (véase el capítulo 3.4). Es imperativo involucrar a las diversas voces comuni-

tarias, incluyendo a las personas mayores, en la planificación y el diseño de los espacios de vida, tanto interiores como al aire libre, e implantar aquellas estrategias que cuenten con el favor de la comunidad<sup>86</sup>.

## Políticas y programas para la acción

### Opciones de alojamiento y condiciones de vida

Las siguientes recomendaciones tienen como finalidad facilitar que sea posible para las personas mayores continuar viviendo en sus propias casas:

- Establecer diferentes opciones de vivienda para las personas mayores y las parejas e informarles sobre las mismas, así como proporcionarles sistemas de financiación fáciles de utilizar por el usuario.
- Introducir las nuevas tecnologías en las viviendas.
- Asegurarse de que los estándares de vida (comodidad, movilidad, calefacción) sean los correctos.
- Proporcionar sistemas de apoyo, como los servicios de ayuda doméstica, de comidas, compras o transporte.

#### **Cuadro 14: Proyecto elDeRly-friEndly alarm handling MonitorING (Dreaming)** **[Monitorización y alarmas para los mayores de fácil manejo]**

([http://www.dreaming-project.org/pilot\\_sites.html](http://www.dreaming-project.org/pilot_sites.html))

El objetivo del proyecto es mantener a las personas residiendo en sus propias casas mientras sea posible. Al margen de la utilización de las nuevas tecnologías, los mayores están apoyados por los servicios de atención social y de salud, con visitas domiciliarias de las enfermeras y los trabajadores sociales de la comunidad, ayuda psicológica, distribución de comidas calientes en sus domicilios y la ayuda con las compras, servicios de transporte especial para las personas discapacitadas y la limpieza del hogar. Las tecnologías que se utilizan incluyen sistemas de monitorización ambiental, que detectan los movimientos dentro de la vivienda e informan al Centro de Contacto de los cambios repentinos que no se ajusten a los patrones normales. Además de otras medidas adoptadas, como los sistemas de alarmas móviles y de localización

con detectores de caídas integrados. El proyecto se está poniendo a prueba en Dinamarca, Estonia, Alemania, Italia, España y Suecia, para lo que se analizan los resultados de las intervenciones tipo mediante pruebas al azar controladas.

#### **Cuadro 15: Programa conjunto Ambient Assisted Living (AAL)**

##### **[Vida en un entorno asistido]**

(<http://www.aal-europe.eu/about-aal>)

El objetivo de AAL es mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC). Los productos basados en las TIC son herramientas de gran ayuda para que las personas mayores desempeñen sus actividades cotidianas. Más aún, les permiten vivir en sus propias casas durante más tiempo. Veinte países europeos están implicados en este proyecto que ayuda a reducir los costes de los servicios de atención social y de salud en sus áreas.

### **Barrios sociales.**

- Promocionar los contactos sociales y las actividades de autoayuda en los barrios (por ejemplo, los planes de visitas de ida y vuelta o las cadenas telefónicas).
- Establecer puntos de reunión (como los centros de actividades) para los mayores y ofrecerles abundantes oportunidades para que participen en la vida de la comunidad.

#### **Cuadro 16: Día Europeo del Vecino**

(<http://www.european-neighbours-day.com/>)

Este proyecto pretende reforzar la cohesión y crear un intercambio para las prácticas comunitarias en Europa. Se celebra el último domingo de mayo y ofrece la oportunidad de incrementar la solidaridad entre los vecinos. Pueblos, ciudades y organizaciones de viviendas sociales animan a las personas para que organicen fiestas en sus barrios a las que asistan los residentes. Este evento está organizado con el apoyo de la organización Cecodhas (Comité Europeo de Coordinación del Hábitat Social), la red EuroCities y el Comité de las Regiones, y refrendado por la Comisión Europea.

### Cuadro 17: Envejecer bien con independencia y autonomía en los entornos urbanos (sALTo)

(<http://www.wien.gv.at/stadtenwicklung/grunlagen/stadtorschung/sozialraum/salto.html>)

El proyecto se puso en práctica en dos distritos de Viena entre los años 2006 y 2008. Las medidas desarrolladas iban dirigidas a fomentar el envejecimiento activo y autónomo, contando con la colaboración y el asesoramiento de numerosas partes interesadas de la ciudad. Al final, las ideas se pusieron en marcha conjuntamente con la población objetivo del programa (personas mayores nómadas e inmigrantes). Para garantizar la sostenibilidad, se fomentó la participación de los propietarios de la zona y se puso en práctica sobre la base de los recursos disponibles en los distritos. A pesar de ciertas cuestiones de salud como las dietas, la depresión etc., las personas mayores se empoderaron para participar ellas mismas. Por ejemplo, los mayores establecieron un lugar para sentarse en el parque donde miembros de distintas generaciones se puedan reunir con regularidad, promovieron un festival inter generacional de deportes, e hicieron fotografías para las instituciones locales. También crearon zonas verdes poblándolas de plantas.

#### El entorno.

- Crear zonas verdes y jardines con plantas variadas e instalaciones de agua que sean accesibles para los mayores.
- Reducir el ruido y la contaminación.
- Incrementar la seguridad con una iluminación suficiente, eliminando las barreras y delimitando claramente los espacios.
- Apoyar los programas de transporte para los mayores.

### Cuadro 18: Proyecto de hermanamiento temático de las ciudades bajo el lema de las necesidades de las personas mayores

([http://www.eacea.ec.europa.eu/citizenship/index\\_en.php](http://www.eacea.ec.europa.eu/citizenship/index_en.php))

El programa de hermanamiento de ciudades "Europa con los ciudadanos" financia un proyecto temático de intercambio que congrega a los munici-

pios y a grupos de ciudadanos mayores de Grosseto (Italia), Woluwé St. Lambert (Bélgica) y Wexford (Irlanda). Este proyecto se centra en las experiencias cotidianas de las personas mayores de estas ciudades y su participación activa en el desarrollo de las políticas locales. Su propósito es facilitar el intercambio de ideas sobre las políticas implantadas por los municipios con la finalidad de ayudar a las personas a vivir de forma independiente. Así intercambian experiencias de buenas prácticas en áreas como el voluntariado de los mayores, el aprendizaje a lo largo de la vida, las actividades intergeneracionales, la herencia, los cuidados y los cuidadores no profesionales, las nuevas tecnologías, las relaciones entre las distintas generaciones en la familia y la comunidad, asociaciones sostenibles para los cuidados en casa, los cuidados de larga duración, los seguros de dependencia, la igualdad de género, las ciudades amigables con los mayores, servicios innovadores, etc.

### Cuadro 19: Posibilidades de Desarrollo Territorial bajo el prisma de la Decadencia. (HINTERLAND)

(<http://www.hinterland-info.net/index.php?css=normal>)

Este proyecto pretende desarrollar las áreas rurales de las regiones del mar Báltico. La población está envejeciendo y es menos activa. Las viviendas y las infraestructuras, así como las actividades económicas y sociales, están en muy malas condiciones. En las actividades piloto se desarrollan y se aplican estrategias mediante la construcción de las futuras poblaciones de acuerdo al paisaje, la agricultura, las relaciones de negocio entre el campo y la ciudad, las infraestructuras y los sistemas de transporte.

**Cuadro 20: Proyecto Demographic Change, Urban Mobility and Public Space de EUROCITIES [Cambio Demográfico, Movilidad Urbana y Espacios Públicos]**

(<http://www.eurocities.eu/main.php>)

Eurocities es una plataforma o red donde las ciudades de Europa convergen y desarrollan soluciones innovadoras para un amplio rango de áreas de las políticas. Este proyecto presenta un Estudio comparativo de los Cambios Demográficos, la Movilidad Urbana y los Espacios Públicos de cinco ciudades europeas (Berlín, Copenhague, Londres, Viena y Zurich). Se han identificado una serie de áreas clave para las intervenciones. Su compromiso es promover sistemas de transporte urbano más sostenibles e integrados, para proporcionar a los ciudadanos un transporte público adecuado y accesible, y para proteger la seguridad de los peatones y ciclistas.

**Cuadro 21: Red QeC-ERAN (Quartiers en Crise – European Regeneration Area's Network [Barrios en Crisis – Red de Regeneración de Áreas Europeas])**

(<http://www.qec-eran.org/>)

QeC-ERAN es una red de ciudades que tiene como propósito la revitalización de las áreas desfavorecidas usando un enfoque integrador. Políticos, técnicos y residentes locales están involucrados en este proceso. QeC-ERAN juega un papel preponderante en los programas URBACT y continúa comprometido con las realidades cambiantes de las áreas necesitadas de regeneración. Es uno de los actores principales en los programas URBACT.

#### **2.1.4. Aspectos laborales y políticas de jubilación**

##### **El problema**

Además de la influencia de la genética, de los factores ambientales o del estilo de vida, los acontecimientos de la vida también tienen un efecto sobre la salud mental. Para las personas mayores, la transición entre el trabajo remunerado y la jubilación debe señalarse como uno de esos acontecimientos que,

para bien o para mal, produce un impacto sobre la salud mental<sup>87</sup>. El trabajo aporta con frecuencia a los individuos una sensación de logro y de ser un miembro útil para la sociedad. Por otra parte, a través del trabajo las personas pueden integrarse en un entorno social más amplio, con resultados positivos sobre su propia identidad<sup>76</sup>, y la jubilación puede conducir al aislamiento y a la soledad, porque se reducen los contactos y las relaciones sociales<sup>56</sup>. Pero por otro lado, el nivel de actividad y de ocupación que requiere el trabajo puede reducir el tiempo que el individuo le dedica a su familia y a la interacción social, convirtiéndolo en una demanda física y mentalmente exigente, y esto es particularmente cierto en las zonas rurales, donde la jubilación ofrece a muchas personas la oportunidad de descansar y de disfrutar de la recompensa largamente esperada después de toda una vida de trabajo.

La jubilación normalmente va asociada a un nivel más bajo de ingresos. En muchos países europeos la jubilación es un factor de riesgo de pobreza<sup>88</sup>. Además, recientemente, algunos países europeos han contribuido a ello al promover la jubilación anticipada para reducir el desempleo<sup>89</sup>. Como resultado, las personas tienen que reducir al mínimo su estándar de vida o continuar trabajando de forma ilícita para poder manejar sus vidas con unos ingresos más bajos<sup>87</sup>. Las desventajas económicas y sociales de la jubilación son aún más altas para los jubilados contra su voluntad. Existe una relación estadística significativa entre la jubilación obligada y el deterioro de la salud mental<sup>90</sup>. Existe también la creencia, ampliamente extendida, de que la productividad decrece durante el proceso de envejecimiento<sup>91</sup>, y a las personas retiradas frecuentemente se las deja al margen del trabajo productivo, aún teniendo más tiempo disponible que nunca<sup>92</sup>.

Uno de los principales problemas documentados durante este periodo de transición es la falta de responsabilidad institucional. A las personas que se retiran se las desampara y han de orientarse a sí mismas en su nueva posición, en vez de contar con el apoyo de las organizaciones, como por ejemplo, de las instituciones de la seguridad social. La orientación con frecuencia les lleva mucho tiempo y las personas mayores pasan muchos meses, buscando maneras de contribuir a la sociedad<sup>93</sup>.



### Principios que funcionan

- Proporcionar otras formas de actividad productiva como:
  - ✓ El voluntariado, el aprendizaje a lo largo de toda la vida, y oportunidades intergeneracionales después de una vida de trabajo.
  - ✓ Ayudar a otras personas mayores a planificar la jubilación, de manera oportuna y a nivel local.
  - ✓ Proporcionar flexibilidad en los planes para las personas mayores para que se retiren o continúen trabajando.

### ***El voluntariado, el aprendizaje a lo largo de toda la vida y las oportunidades intergeneracionales***

Las evidencias procedentes de los EEUU sugieren que, para muchos mayores, el voluntariado puede ser la opción más significativa para promocionar la salud mental y el bienestar. Las mujeres que participaron como voluntarias en alguna organización tuvieron una longevidad mayor que las que no lo hicieron<sup>92</sup>. Además, se pueden identificar unos niveles más altos de bienestar y de satisfacción por la vida en aquellas personas que participan en el voluntariado<sup>94</sup>. Las razones tras unos resultados tan positivos podrían ser el sentido de estatus social, la productividad e integración social<sup>95</sup> y el incremento de la autoestima, así como también la motivación social e intelectual<sup>76</sup>. Como se ha dicho anteriormente, estos resultados aún tienen que replicarse en la investigación europea, dadas las diferencias significativas que existen entre el voluntariado en EEUU y en Europa.

Los expertos destacan la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, mediante el aprendizaje a lo largo de la vida, como un método clave de permanecer activo y productivo<sup>33</sup>. El aprendizaje a lo largo de la vida, con cursos, clases y tareas, puede aportar organización a las vidas de las personas mayores, y también proporcionarles habilidades que les permitan conservar autonomía, independencia, motivación e interés en la vida. De igual forma pueden ser eficaces, los proyectos que abogan por el trabajo autobiográfico también para promover la satisfacción durante la edad avanzada<sup>96</sup>.

El trabajo intergeneracional entre la población más mayor constituye una oportunidad de adoptar un pa-

pel significativo en la sociedad, como también extraer el máximo de las valiosas experiencias de sus vidas. Por ejemplo, apoyar en los colegios el bienestar y los resultados escolares de los alumnos, con tutorías y grupos pequeños de lectura u organizar concursos de preguntas, enriquecen la vida de ambas partes considerablemente. Por otra parte, con ello se apoya a los profesores, a otros miembros del personal de los centros educativos, así como a los padres de familia<sup>92</sup> y, al mismo tiempo, se acrecientan el conocimiento, la experiencia y las competencias sociales de las personas mayores, de los jóvenes y de la sociedad<sup>96</sup>.

### ***Ayuda para la jubilación después de una vida entera de trabajo***

Ante todo, es importante proporcionar opciones adecuadas de trabajo para los mayores, para que puedan mantener su productividad y retrasen el proceso de la jubilación. Cambiar de puesto de trabajo dentro de la empresa o compartirlo, puede ser una de las formas de lograrlo<sup>97</sup>. Asimismo, un mayor control del trabajo y el equilibrio entre los esfuerzos realizados y los resultados logrados, son importantes para la salud mental de los trabajadores<sup>98</sup>. Y esto debe aplicarse también en lo referente a los trabajadores mayores. Para la persona que ha decidido jubilarse después de toda una vida de trabajo (al alcanzar la edad legal para la jubilación), el apoyo organizacional que va desde la ayuda por parte de la seguridad social a través de todo el proceso de jubilación, hasta tener la oportunidad de preguntarles a los expertos (agencias de empleo, voluntarios de su misma edad) todo lo que necesite saber, constituye para él su empoderamiento<sup>97</sup>.

### ***Jubilación flexible o proyectos de trabajo***

Existen varios proyectos de trabajo flexible que pueden ofrecer los empresarios a sus empleados, como el trabajo a tiempo parcial, compartir un puesto de trabajo, bajar de puesto, períodos sabáticos o una comisión de servicio. Bajar de puesto significa reducir las responsabilidades del puesto de trabajo y cambiar de posición dentro de la organización. En un período sabático, se les concede tiempo a los empleados para viajar o para su formación.

### ***Políticas y programas para la acción***

Se pueden adoptar las siguientes medidas para promover la salud mental mediante la esfera laboral y los proyectos de empleo/jubilación:

- Establecer apoyos institucionales para la transición entre el empleo y la jubilación.
  - ✓ Promover la inclusión social de los mayores y crear oportunidades para su participación social, como el establecimiento de consejos y comités comunitarios o, simplemente, mediante la promoción de redes sociales, incluyendo las de Internet.
- Promover actividades significativas para los mayores, tales como:
  - ✓ Introducir planes de jubilación flexible, que les permitan y les incentiven a continuar sus actividades profesionales en formas que se adapten a sus posibilidades y necesidades.
  - ✓ Promocionar y crear incentivos para los mayores para que den apoyo intergeneracional a los jóvenes, por ejemplo, mediante la colaboración en el cuidado de los niños en los colegios y en los centros de día.
  - ✓ Promocionar oportunidades para el voluntariado, cualificación y aprendizaje a lo largo de la vida (Véase sección 3.1).
  - ✓ Permitir que las personas mayores mantengan sus actividades profesionales.

### **Promover el empleo de los mayores y el envejecimiento activo**

#### **Cuadro 22: Campamentos intergeneracionales**

(<http://www.skupine.si/en/programi/tabor/>)

En este proyecto esloveno, voluntarios mayores pasan unos días en campamentos vacacionales en grupos de tres personas (que no sean familiares) pertenecientes a tres generaciones distintas, con el objeto de normalizar la visión sobre la edad avanzada e impulsar los vínculos intergeneracionales, a la vez que su calidad de vida. El dinamismo de los jóvenes, así como la experiencia y la sabiduría de los mayores, conjuntamente, ofrecen óptimas condiciones para transmitir valores y vitalidad.

#### **Cuadro 23: Aprender con las personas mayores**

Aprender con los mayores es un proyecto español que pretende promover conocimiento y comprensión entre las diversas generaciones. Se ofrecen actividades en colegios y residencias con la posibilidad de impulsar el crecimiento interactivo e intergeneracional. Por ejemplo, niños que visitan a personas mayores en las residencias.

#### **Cuadro 24: Planes de jubilación del NHS del Reino Unido**

En el Reino Unido, el NHS (National Health Service) [Servicio Nacional de Salud] ofrece a los empleados de más de 50 años las siguientes opciones de jubilación:

- «*Winding Down*» [Bajar el ritmo]. Describe una disminución de horas y días de trabajo. Los empleados trabajan a tiempo parcial y acumulan beneficios especiales para la jubilación postergada.
- «*Stepping Down*» [Renunciar a la posición]. Puede ser especialmente interesante para empleados con cargos elevados. Les ofrece la oportunidad de descargarse de la presión y las responsabilidades de sus puestos actuales, accediendo a uno menos exigente, de menor rango y con un sueldo más bajo, pero también adaptado a sus habilidades.
- «*Retire and come back*» [Jubilarse y volver]. Da la posibilidad de jubilarse, recibir la pensión, pero dejar el plan de pensiones si se vuelve a trabajar.
- «*Draw Down*» [Prestación de jubilación parcial]. Es una posibilidad abierta solamente a los que cumplan los requisitos de la sección 2008 del régimen de pensiones del NHS. Las personas continúan trabajando como empleados bajo el régimen del NHS, pero reciben una parte de la pensión.
- «*Late retirement in 2008 Section of Scheme*» [Retrasar la jubilación en la Sección 2008]. Ofrece un incremento de los beneficios de la pensión a las personas si se jubilan después de los 65 años.

En general, el NHS del Reino Unido ofrece a las personas mayores jubiladas la oportunidad de seguir trabajando en sus organizaciones durante el tiempo que quieran para aliviarles el periodo de transición<sup>99 100</sup>.



**Cuadro 25: Proyecto MATURE@eu**

(<http://www.mature-project.eu/>)

El objetivo de este proyecto es ayudar a los empleadores a establecer los fundamentos para re-direccionar las políticas de reclutamiento y el proceso de selección de candidatos, para beneficio de los trabajadores marginados a causa de la edad en el mercado laboral. Hay agentes locales implicados en este proyecto en Austria, Bulgaria, Alemania, Grecia, Hungría, Holanda Eslovenia, Suiza y Reino Unido. Empleadores de diversas edades son presentados a las partes interesadas.

**Cuadro 26: Proyecto PATRON**

(<http://www.patronproject.org/>)

El objetivo de PATRON es el aprendizaje intergeneracional y la transferencia de las habilidades y el conocimiento de los ejecutivos sénior a los jóvenes gestores y emprendedores. El proyecto identificará y verificará los procedimientos de transferencia de las habilidades acumuladas y desarrolladas durante la vida laboral de los emprendedores y ejecutivos sénior, que les han sido útiles para desarrollar su creatividad, competitividad, capacidad de administración y habilidad empresarial. Los empresarios y administradores jóvenes recibirán la transferencia de estas capacidades en los países y regiones que han tenido una participación técnica, y sus métodos y resultados se distribuirán para que puedan ser adoptados en las otras regiones participantes. El proyecto cuenta con asociados en la República Checa, Italia, Letonia, Lituania, Polonia, Eslovenia y España.

## 2.2. Prevención de los trastornos mentales y las adicciones

### Mensaje

La prevención de los trastornos mentales más comunes implica abordar los factores de riesgo de los problemas de salud mental en la edad avanzada, como las enfermedades crónicas y las discapacidades físicas, y fomentar la demanda de ayuda (mediante la lucha contra la estigmatización, por ejemplo), la detección y la intervención precoz, antes de que surjan los problemas mentales.

### El problema

#### **Trastornos mentales comunes en la vejez**

Los trastornos mentales, especialmente la depresión y la ansiedad, dan origen, con frecuencia, a la disminución de la calidad de vida y la mortalidad excesiva en la vejez<sup>101 102 103</sup>. Se caracterizan por una incidencia elevada (el 15% de la población mayor tiene síntomas de depresión clínicamente significativos<sup>104 105</sup> y un 15% padece una afección de ansiedad<sup>106 107</sup>), su mal pronóstico<sup>108 109</sup> (sólo un tercio de ellos tiene una recuperación completa de la depresión después de dos años<sup>102</sup>), el intenso impacto que tiene sobre las funciones (tan grande o peor que muchas enfermedades crónicas, como las afecciones coronarias, la artritis o la diabetes<sup>110 111</sup>) aumenta el uso de los servicios médicos<sup>101 112</sup>, y también está asociado al deterioro cognitivo<sup>113 114</sup>.

Las conclusiones alcanzadas desde otras perspectivas y estudios transversales, muestran que la depresión y/o la ansiedad en las personas mayores que viven integradas en la comunidad, están vinculadas con los siguientes factores de riesgo<sup>115 116 117 118</sup>:

- La vida con discapacidades funcionales.
- El luto o la soltería.
- El padecimiento de varias enfermedades crónicas.
- Los antecedentes de trastornos mentales previos.
- Ser mujer.

Es bien conocido el hecho de que la salud física, en particular, causa un fuerte impacto sobre la salud

mental de las personas mayores<sup>119 120</sup> y que las enfermedades crónicas pueden exceder el impacto de otros factores riesgo<sup>121 122</sup>, y pueden presagiar tanto una posible depresión como la persistencia de la misma<sup>121 123</sup>. Cuando se sufren problemas físicos de salud en la vejez, para reducir su potencial negativo sobre la salud mental, es de mucha importancia la disponibilidad de servicios sociales y de salud coordinados y accesibles, como lo es también la capacidad del individuo para cuidarse él mismo de su afección o para seguir las instrucciones del médico. En esta capacidad influye enormemente el entendimiento y los conocimientos sobre salud que posee<sup>124 125 126</sup>, lo que viene a ser un indicador de la salud mental y física de los adultos integrados en la comunidad<sup>127</sup>, y no es muy frecuente encontrarla entre las personas de este grupo de edad.

Las personas mayores que viven en centros de cuidados de larga duración constituyen también un grupo de riesgo especial, un hecho que se ha asociado a la mayor ocurrencia de las enfermedades físicas crónicas, y a factores relacionados con el entorno social y los cuidados<sup>128 129</sup>. Entre los pacientes de las residencias, los índices de prevalencia llegan hasta el 26% en la depresión grave, y hasta el 50% en la depresión leve, calculados con escalas de medición de la sintomatología<sup>130</sup>. El riesgo de depresión en estos grupos tiene unos patrones específicos que deberían ser vigilados y controlados:

- Factores relacionados con la salud, como el dolor, la discapacidad visual, los derrames cerebrales y las limitaciones funcionales.
- Falta de apoyo social y soledad.
- La percepción de cuidados inadecuados.
- Acontecimientos negativos recientes en sus vidas.
- Estado precursor de la depresión.
- Edad por debajo de 80 años.

Otra conclusión que causa una especial preocupación es que los trastornos mentales comunes a menudo son mal diagnosticados, se los ignora o se los trata inadecuadamente<sup>132</sup>. Menos del 20% de las personas mayores con depresión que viven en la comunidad, son diagnosticadas o tratadas<sup>102 104 119</sup> y menos del 50% con desordenes del estado de ánimo significativos clínicamente se diagnostican adecuadamente en la atención primaria<sup>133</sup>. Los síntomas se

confunden con mucha frecuencia con quejas somáticas, y se perciben por las personas mayores, sus familias o incluso los profesionales, como un aspecto inevitable del proceso de envejecimiento, en vez de como problemas de salud que pueden afrontarse y para los que existe tratamiento<sup>134 135</sup>.

Un número creciente de argumentos muestra que la prevención de los trastornos mentales comunes en la vejez debe tener prioridad en la planificación sanitaria y en los presupuestos nacionales y regionales. Algunos de ellos se relacionan a continuación:

- Hay un amplio número de casos de depresión en la edad avanzada (hasta 1 de cada 5 al año) que son nuevos o recurrentes, en vez de casos crónicos, por lo que serían susceptibles de un tratamiento preventivo<sup>118 136</sup>.
- La prevención tiene el potencial de influir considerablemente sobre la carga de las enfermedades originadas por la depresión. Hasta el tratamiento en condiciones más óptimas no reducirá la carga total de la depresión más allá del 50%.
- Las evidencias de eficacia de las intervenciones preventivas para la depresión están creciendo. Unas intervenciones bien diseñadas han demostrado ser capaces de reducir la incidencia de nuevos casos de trastornos depresivos hasta en un 30%<sup>138</sup>.

### ***El abuso de los medicamentos, los problemas de alcoholismo y adicción***

Los problemas de alcoholismo y el uso incorrecto de los medicamentos pueden causar un agravamiento de los trastornos mentales en las personas mayores<sup>139</sup> y, a la inversa, los problemas psicológicos, sociales y de salud, experimentados durante la vejez, pueden colaborar como factores de riesgo con el alcoholismo, y el abuso de las sustancias tóxicas y la medicación<sup>140 141</sup>.

Los adultos mayores son consumidores de alcohol, con frecuencia, y también son receptores habituales de medicamentos con y sin receta en las farmacias<sup>142</sup>. Las personas mayores, a menudo, guardan recetas repetidas de los medicamentos de tratamientos para enfermedades y dolores crónicos. Estas medicinas también pueden ser el origen de una dependencia. La encuesta del Eurobarómetro del año 2007 estima que un 27% de los ciudadanos europeos ma-

yores de 55 años había bebido alcohol diariamente durante el mes anterior, comparado con el promedio general europeo del 13%. Y un 16% tuvo varios episodios por semana de embriaguez (más de 5 bebidas de 50g de alcohol en cada ocasión) durante el año anterior (también comparado con el promedio europeo del 13%)<sup>143</sup>. También hay informes sobre el creciente consumo de drogas ilegales en los grupos de mayores<sup>144</sup>. El uso combinado del alcohol con otras drogas conduce a un mayor riesgo de problemas psicológicos, sociales y físicos, y puede influir negativamente en la evolución neurocognitiva vinculada con el envejecimiento, aun cuando el consumo de alcohol sea moderado o muy ligero<sup>142</sup>. Por otro lado, hay complicaciones adicionales, porque las personas mayores metabolizan las drogas con más lentitud y, en apariencia, son más sensibles a las drogas y a sus efectos secundarios<sup>145</sup>. Sin embargo, el consumo moderado de alcohol está asociado con beneficios importantes para los mayores que no se deben pasar por alto, como la asociación entre consumo moderado y contacto y apoyo social, así como también con la disminución del riesgo de padecer Alzheimer y demencia vascular<sup>146 147</sup>.

Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas no se detectan fácilmente en las personas mayores a causa de las ideas preconcebidas (como la percepción de que el uso del alcohol es una respuesta normal a los problemas de salud y las circunstancias de la vida), del menor índice de sospecha cuando se evalúa a los mayores, y de la anormalidad o enmascaramiento de los síntomas (confusión, caídas, heridas, etc.).

Mientras que la proyección para el período entre 2002 y 2020<sup>144</sup>, indica que se doblará el número de personas mayores con problemas de consumo de drogas o con necesidad de tratamiento para los trastornos que originan, los servicios que se ocupan del alcoholismo y del consumo de drogas actualmente se centran en los consumidores jóvenes, que parecen tener necesidades y prioridades muy distintas.

### **Suicidio**

Aunque las tasas de suicidios en las últimas etapas de la vida varían en los distintos países de Europa, en los países industrializados hay una tendencia general a su incremento que acompaña al envejecimiento cre-

ciente<sup>148</sup>, dándose la incidencia más alta entre los hombres de edad superior a los 75 años. Además, un porcentaje muy alto de los intentos de suicidio entre estos adultos son fatales<sup>119</sup>.

Los factores de riesgo de suicidio en la edad avanzada son:

- Los problemas afectivos.
- Las enfermedades físicas, especialmente las que están asociadas con los dolores crónicos y una disminución de la motricidad.
- Los factores sociales estresantes (conflictos familiares, problemas de relación y aprietos económicos).
- Los problemas con el alcohol<sup>149</sup>.

Los factores de protección son:

- Contar con sólidos apoyos sociales (la falta de apoyos sociales afecta al 27% de la población considerada de riesgo<sup>150</sup>).
- Tener un confidente.

La vida asistida, integrada en la comunidad, aunque fomenta la independencia y la autodeterminación y es una fuente de bienestar, puede convertirse, simultáneamente, en un entorno en el que los mayores experimenten la soledad y el aislamiento social, y las señales de aviso de suicidio pueden pasar inadvertidas<sup>151</sup>, lo cual es un argumento de peso para que se preste atención a la calidad de los cuidados comunitarios.

### **Principios que funcionan**

#### **Revisión y detección oportuna de los trastornos mentales y de los riesgos asociados en los escenarios relevantes**

El desarrollo de **protocolos específicos** para lograr una detección precoz de los trastornos mentales, al igual que la **capacitación** y el **apoyo continuado de los actores principales**, incrementa el compromiso y, consecuentemente, la probabilidad de éxito en la prevención y el tratamiento.

- La revisión de pacientes en los centros de atención primaria para detectar la depresión, ha mostrado ser factible y eficaz cuando está incluida en los programas de gestión de las dolencias<sup>152 153</sup>, o si hay equipos disponibles de personal específico de atención a la depresión.

- La identificación de los trastornos por el consumo de alcohol y drogas en la atención primaria también es recomendable, y el uso de instrumentos específicos como CAGE y MAST-G pueden facilitar esta tarea.
- Una serie de instrumentos de medición de la salud mental, como la *Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale*<sup>155</sup> [Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos] o la versión de 15 puntos de la *Geriatric Depression Scale (GDS)* [Escala de Depresión Geriátrica]<sup>156</sup>, también han sido validadas para el descubrimiento de los casos, y pueden ser utilizados por diferentes profesionales comunitarios, como los responsables de las ayudas a domicilio o de los centros de día.
- Para los profesionales de la atención primaria debe haber programas específicos de entrenamiento que abarquen las características distintas que definen los trastornos mentales en los mayores.

### **Intervenciones psicológicas recomendadas/selectivas con múltiples puntos de acceso**

Las **intervenciones preventivas/selectivas** para la depresión **se muestran posibles y eficaces, reduciendo la incidencia de la depresión** hasta un 22%<sup>123 157</sup>, y resultando más rentables. Es importante que estén dirigidas a **los grupos de alto riesgo verificados**.

Algunas **intervenciones psicológicas breves de baja exigencia**, en particular aquellas en las que se aplican técnicas **cognitivo-conductuales (TCC)**, son eficaces para prevenir los trastornos depresivos en las personas mayores de riesgo, **en un amplio rango de poblaciones y entornos**<sup>159 160</sup>, como los centros sociales, la atención primaria, la atención domiciliaria, o las instalaciones para cuidados de larga duración.

Ejemplos:

- Sesiones terapéuticas individuales para aquellos que han sufrido una pérdida<sup>35 161</sup>.
- Intervenciones educativas para sujetos que padecen enfermedades crónicas<sup>162 163</sup>.
- Intervenciones con técnicas cognitivo-conductuales para reducir el pensamiento negativo<sup>164 165</sup>.

- Técnicas de Revisión de Vida<sup>136 166</sup> (en los casos donde no existan evidencias previas de intentos de suicidio).
- La Biblioterapia también da buenos resultados en aquellos que sufren síntomas leves de depresión<sup>167</sup>.

### **Intervenciones para mejorar la gestión de las enfermedades crónicas y para mitigar sus efectos sobre la salud mental**

Los **Modelos de Atención específicos**, tales como el *Modelo de Atención a Crónicos*, han demostrado ser efectivos para afrontar la depresión entre las personas mayores con largas enfermedades crónicas<sup>168</sup>. Estos modelos incluyen:

- Cuidados escalonados siguiendo protocolos basados en evidencias, vigilancia de los grupos de alto riesgo, incorporación de especialistas dentro de los equipos de atención primaria, y gestión específica de cada caso clínico en los pacientes con necesidades complejas<sup>169 170</sup>.

Varias de las **medidas de promoción de la salud** orientadas al **desarrollo de la autogestión de las enfermedades crónicas**, han demostrado ser útiles también para la mejora de la salud mental y para reducir los riesgos de trastornos mentales posteriores. Son las siguientes, entre otras:

- Sesiones educativas genéricas, y también sobre enfermedades específicas, o programas para incrementar los conocimientos sobre la salud<sup>127</sup>.
- Aumentar la concienciación sobre las oportunidades para la prevención de los trastornos mentales que se dan en la práctica médica (por ejemplo, tener en cuenta la salud mental de aquellos que experimentan enfermedades físicas crónicas).

### **Residencias: las intervenciones basadas en evidencias**

En las residencias, se debería prestar especial atención al **alivio del dolor, a las discapacidades físicas, como la pérdida de visión y audición**<sup>171</sup>, al igual que a las intervenciones para combatir la **soledad**. Todos ellos han de ser objetivos primordiales en el desarrollo de los programas de cuidados y atención a los pacientes en este escenario.

Existe la evidencia de que algunos tipos de intervenciones psicológicas pueden atenuar los síntomas depresivos y prevenir la depresión en los habitantes de las residencias. Se trata de intervenciones psicológicas basadas en técnicas de cognitivo-conductuales, sesiones de revisión de vida, así como también grupos de apoyo y actividades educativas para los residentes.

Hay otros factores adicionales específicos que pueden mejorar la salud mental y prevenir estos trastornos en las residencias de mayores. Serían los siguientes:

Colaborar con los residentes para que mantengan su **identidad**.

- Conservando sus posesiones.
- Asistiendo y participando en los servicios religiosos en los templos locales.
- Manteniendo la variedad de opciones culturales, gastronómicas y espirituales.
- Fomentando el mantenimiento de intereses y habilidades.

Fomentar sus **redes de contactos**.

- Horarios de visita.
- Planes para los visitantes.
- Programas de actividades.

El desarrollo de **los recursos humanos** para asegurarse de que sus capacidades y habilidades sean las adecuadas.

- Adiestramiento (especialmente en las habilidades de comunicación para las personas que trabajan con personas con demencia y graves pérdidas de audición y visión).
- Apoyo.
- Medidas para reducir la rotación de personal.

Las residencias deben desarrollar una buena coordinación **con los servicios especializados locales**.

- Equipos comunitarios para la salud mental de las personas mayores.
- Acceso a sistemas GPS.

### **Prevención de los problemas por consumo de alcohol y drogas**

Gestionando las **prescripciones** y las medicaciones.

- Supervisión de las prescripciones médicas repetidas y las medicaciones múltiples. **Revisiones**

**de medicamentos** anuales o cada seis meses (para los casos de las prescripciones múltiples) (por ejemplo, el National Service Framework for Older People [Marco Nacional de los Servicios para las Personas Mayores] del Reino Unido, estableció en marzo de 2001: "Todas las personas mayores de 75 años deberán revisar regularmente sus medicamentos al menos una vez al año, y aquellas que tomen cuatro o más medicinas, cada seis meses"<sup>173</sup>).

Proporcionar **servicios de tratamiento de las adicciones y reducción de daños apropiados para la edad avanzada**:

- Aumentar la **concienciación** sobre las adicciones entre los mayores en la atención primaria y los servicios de urgencia.
- Prestar atención en los servicios de tratamiento de las adicciones a los problemas de **morbilidad asociada originados por el consumo de drogas** (como en las enfermedades físicas crónicas), con atención médica básica o derivándolos a la medicina especializada.
- Regímenes de desintoxicación, con dosis específicas según las edades.
- Los escenarios con pacientes de la misma edad para los tratamientos de adicción al alcohol obtienen mejores resultados<sup>174</sup>.

Prevención:

- La prevención dirigida hacia situaciones específicas de vulnerabilidad (el paso a la jubilación, los cambios en los roles, la enfermedad, la pérdida de familiares, etc.), donde pueden aplicarse intervenciones de tipo intensivo.
- Políticas de apoyo y programas de intervención para la mediana edad, en los lugares de trabajo, en los centros de cuidados comunitarios y de atención primaria, ya que los problemas de alcoholismo en la edad avanzada son una consecuencia de un consumo más temprano.
- El mejor enfoque es una combinación del **incremento de los precios y la intervención breve** para consumos peligrosos y nocivos.

### **Prevención de los suicidios**

Las estrategias dirigidas a la prevención del suicidio entre la generalidad de la población, que incluyen un **seguimiento adecuado de los intentos falli-**

**dos**, también se pueden aplicar en la población de mayores en Europa. Para una discusión detallada de esos puntos de vista, por favor, véase el documento de antecedentes de la Conferencia Temática de la UE sobre la Prevención de la Depresión y el Suicidio<sup>175</sup>.

Aparte de las medidas dirigidas a la población en general, hay varios enfoques específicos para la prevención del suicidio en las personas mayores:

- La prevención universal a través de programas educativos para **reducir la estigmatización** asociada a la demanda de ayuda para el estrés emocional y la soledad, **eliminando el acceso a los medios directamente letales y mejorando el acceso a cuidados de salud de calidad**<sup>119</sup>.
- **Mejorar la detección y el tratamiento de la depresión en la vejez**, especialmente dentro de la atención primaria; por ejemplo, mediante módulos de entrenamiento, información disponible, herramientas de revisión rápida y el apoyo a las decisiones de los médicos de cabecera y las enfermeras. Ciertos métodos terapéuticos, como los que amplían las opciones del individuo en la toma de decisiones, los tratamientos psicoterapéuticos simultáneos para los individuos y las familias, y los modelos de atención escalonada, también se han mostrado eficaces para reducir la depresión y las ideas de suicidio en las personas mayores<sup>176</sup>.
- Las **intervenciones selectivas de prevención**, dirigidas a grupos específicos de adultos mayores en riesgo de suicidio debido al aislamiento social, a las pérdidas recientes, al dolor o a las discapacidades funcionales, parecen ser efectivas para las mujeres mayores. Por otra parte, hay algunas evidencias de que la prevención del suicidio basada en la comunidad, mediante la realización de actividades de grupo, son eficaces para reducir el riesgo de suicidio en las mujeres mayores, pero no así para los hombres<sup>177</sup>.

Se precisa **mayor desarrollo de la investigación europea en esta área**. La base de conocimiento científico, sobre todo, está dirigida hacia las poblaciones de Norteamérica y Japón, que tienen características especiales en las tendencias de suicidio y la

disponibilidad de medios. La European Alliance Against Depression [Alianza Europea Contra la Depresión], aunque presenta resultados prometedores para la población en general, está obligada a emprender investigaciones respecto a los efectos en el grupo de mayor riesgo de suicidio: los hombres mayores.

## Políticas y programas para la acción

### *Ofrecer la disponibilidad de intervenciones psicológicas de baja exigencia para prevenir la depresión y la ansiedad entre las poblaciones de mayor riesgo*

- Implantar breves intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para prevenir la depresión y la ansiedad en las poblaciones de alto riesgo, especialmente en aquellos que presenten síntomas precursores, pero también en grupos de riesgo adicionales, tales como los que están pasando por el luto o aquellos con discapacidades funcionales.
- Posibilitar que estas intervenciones se realicen en diferentes instalaciones accesibles, incluyendo la atención primaria, los centros sociales, los hospitales de día, las instalaciones de cuidados de larga duración o los domicilios.
- Proporcionar recursos para una adecuada supervisión clínica formal y para el desarrollo profesional continuo de los profesionales implicados.

### Cuadro 27: Programa de prevención escalonada

Los programas de prevención escalonada han demostrado su efectividad en reducir hasta en un 50% el riesgo de desórdenes de ansiedad y depresión. Están indicados en los casos de depresión y ansiedad en los mayores; en ellos los participantes reciben secuencialmente la aplicación de tratamientos de enfoque de vigilancia expectante, de biblioterapia y de resolución de problemas, ambas basadas en la terapia de comportamiento cognitiva, y la derivación a la atención primaria para la medicación de los pacientes que lo requieran.



**Cuadro 28: Programa Pearls [Perlas]**

El programa Pearls (EEUU) es un programa a domicilio para manejar las depresiones menores en los adultos mayores enfermos, recluidos en sus casas. En él, terapeutas capacitados les ofrecen un pequeño número de terapias de resolución de problemas, centrándose en el desarrollo de la actividad social y física. Se supervisa la labor de los terapeutas, caso por caso, y al médico de atención primaria se le solicita que visite al paciente si no hay ninguna mejora después de un mes de terapia. Se hace un seguimiento a los pacientes con breves contactos telefónicos, en los que el terapeuta controla el progreso del paciente y refuerza el uso de estrategias de resolución de problemas. Se llevó a cabo un control comparativo al azar de los resultados del programa PEARLS y de los tratamientos habituales, y la conclusión fue que el programa produjo reducciones significativas de los síntomas depresivos y mejoras en el bienestar funcional y emocional.

**Cuadro 29: Ageing Well [Envejecer bien]**

Ageing Well es una iniciativa desarrollada en Inglaterra y Gales de promoción de la salud, que hace posible que las personas mayores tomen el control de su propia salud y promuevan un estilo de vida saludable entre sus iguales. El programa capta y entrena a voluntarios que tienen más de 50 años para convertirlos en mentores sénior de salud. A continuación, los mentores contactan con las personas en situación de aislamiento y con los grupos comunitarios, proporcionándoles vínculos esenciales con los servicios de salud y con las oportunidades en las comunidades locales. Los voluntarios actúan como modelos positivos y cotidianos de "personas normales", modificando la percepción común de que la salud es un asunto únicamente de los servicios de salud. El programa se centra en proporcionar consejos sobre una infinidad de cuestiones, como la nutrición y las dietas, la actividad física y la prevención de las caídas, y ofrece servicios en el ámbito de la salud holística y positiva. El proyecto funciona en asociación con los proveedores locales, dirigiéndose a los programas locales de salud, la National Service Framework y otros. Los resultados indican que los usua-

rios y, en un grado más pequeño, los voluntarios y coordinadores, obtienen beneficios para su salud, y que los usuarios se han beneficiado física, social y emocionalmente por haber participado en esta actividad.

***Proporcionar modelos de atención a crónicos con consideración a la salud mental, y que incluyan intervenciones específicas para mejorar la autogestión de los trastornos***

**Cuadro 30: Programa educativo para adultos mayores con artritis (EEUU)**

Se desarrolló esta intervención educativa para los adultos mayores con artritis crónica que viven integrados en la comunidad. La artritis crónica es una de las dolencias más comunes y extenuantes en este grupo de población. El programa incluye una hora y media por semana de clases que les proporcionan instrucción sobre su enfermedad y sobre las estrategias para paliar el dolor, y motivación para manejar sus síntomas, de forma que sean menos susceptibles a padecer los síntomas depresivos que se asocian con la artritis. Se hizo una comparativa entre este grupo de intervención y otro programa que ofrece una cantidad similar de estímulos y contactos sociales. Los síntomas de depresión de los dos grupos se compararon cuando había pasado un año desde la intervención, y tras otro año más. Los resultados indicaron que los mayores que habían recibido información sobre su enfermedad tenían significativamente menos síntomas de depresión que los que no la recibieron, y también declararon tener más ayuda social y sanitaria<sup>163</sup>.

***Desarrollar y aplicar protocolos para cada entorno específico para identificar aquellos que estén en riesgo o que ya padezcan trastornos mentales o problemas por el consumo abusivo del alcohol o las drogas***

- Desarrollar protocolos específicos de observación basados en la evidencia y de evaluación para cada entorno. Implicar a las partes interesadas relevantes.
- Concienciar a los profesionales clave y proporcionarles capacitación sobre esta problemática; en-

tre otros, las enfermeras comunitarias, el personal de los servicios de cuidados de larga duración o los trabajadores sociales y sacerdotes.

### **Cuadro 31: Screening and Treatment [Observación y Tratamiento]**

Observación y evaluación de los problemas por consumo abusivo de alcohol y drogas en la atención primaria con los cuestionarios CAGE y AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test [Test para Identificar los Trastornos por Consumo de Alcohol]), seguidas por breves intervenciones.

El Test AUDIT es muy útil para detectar el consumo de alcohol alarmante y nocivo en los mayores, mientras que el CAGE es valioso para identificar el consumo de drogas. Hay un programa informático de evaluación, el Alcohol Related Problems Survey [Estudio de los problemas relacionados con el alcohol] que puede llegar a tener una utilidad práctica mejor en el futuro si se consigue superar sus problemas de implementación<sup>179</sup>.

### **Prevención del suicidio en el contexto de tratamiento de la depresión en atención primaria**

Adoptar sistemas y protocolos para la gestión eficiente de los cuidados, que incluyan equipos multidisciplinarios y directores de casos capacitados, para reducir la incidencia de los suicidios debidos a la falta de tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

### **Cuadro 32: Estudio PROSPECT – EEUU<sup>180</sup>**

El estudio Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial [Prevención del Suicidio en la Atención Primaria a los Mayores: Ensayo Colaborativo] (PROSPECT) comparó los cuidados habituales administrados por los proveedores de servicios de atención primaria con los tratamientos antidepresivos guiados por algoritmos; con la psicoterapia interpersonal cuando está indicada; con la formación sobre la enfermedad al médico, al paciente y a la familia; y con la dirección de los casos ejercida por un especialista en depresión (trabajador social, enfermera, o psicólogo). En una muestra de 598 sujetos mayores de 60 años que tenían depresión, se encontró que las tasas de ideas de suicidio disminuían significativamente y más rápido con este tipo de intervenciones que en

las otras condiciones del estudio, comparativamente.

### **Cuadro 33: Proyecto IMPACT – EEUU.**

Las intervenciones IMPACT incluían un gestor de la atención a la depresión en colaboración con un psiquiatra y un proveedor de servicios de atención primaria, para ofrecerles a los pacientes y familiares información sobre la enfermedad, el suministro de los tratamientos con antidepresivos y la opción de terapia breve en resolución de problemas. Además de una mejoría significativa en los síntomas de depresión, las tasas de ideas de suicidio en los sujetos, a los que se les practicaron estas intervenciones, fueron considerablemente más bajas que en el grupo control realizados durante 24 meses.

(Véase también la página 18 del documento de antecedentes sobre la prevención de la depresión y el suicidio en el Cuadro 15, titulado Netherlands Depresión Initiative: integrated care<sup>175</sup> [Iniciativa Holandesa para la Depresión: los cuidados integrados]).

### **Programas a distancia**

Los programas telefónicos a distancia constituyen un enfoque eficaz en cuanto al coste/beneficio para reducir el aislamiento y el riesgo de suicidio.

### **Cuadro 34: TeleHelp/TeleCheck – Italia**

Los servicios TeleHelp/TeleCheck son una intervención selectiva de prevención del suicidio dirigida a los mayores que están aislados y tienen discapacidades funcionales. Están ubicados en la ciudad italiana de Padua y ofrecen un servicio de alarma para las emergencias por medio de línea telefónica, y también servicios a distancia, de evaluación y de apoyo, a más de 18.600 personas mayores con una media de edad de 80 años, de los que el 84% son mujeres. En once años de funcionamiento de estos servicios, se ha dado un número significativamente menor de suicidios entre sus usuarios que lo que cabría esperar entre los habitantes mayores de esa región. En posteriores análisis, sin embargo, no se ha podido demostrar ningún efecto específico de las intervenciones sobre el suicidio de los hombres; la intervención parece haber sido eficaz solamente en el caso de las mujeres mayores.

### ***Equidad en la ayuda económica para los problemas de salud mental***

Es necesario que los seguros sanitarios cubran los tratamientos de salud mental al igual que cubren los cuidados a los problemas físicos, de otro modo, esta disparidad constituye una barrera económica para la búsqueda de ayuda para los trastornos de salud mental.

### ***Restricción de medios letales***

Tal como está descrita en el documento de antecedentes sobre la prevención de la depresión y el suicidio<sup>175</sup>.

### ***Compartir las buenas prácticas en toda Europa para la prevención de los daños causados por el alcohol en las personas mayores***

#### **Cuadro 35: Proyecto VINTAGE (UE)<sup>182</sup>.**

VINTAGE es un nuevo proyecto que se centra en la prevención del uso nocivo del alcohol entre las personas mayores en Europa. Su objetivo general es el fortalecimiento de las capacidades en los ámbitos nacional y local europeos, proporcionándoles la base de evidencias para las mejores prácticas para prevenir el consumo nocivo de alcohol entre las personas mayores, sobre todo en las etapas de transición entre trabajo y jubilación.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Realizar revisiones sistemáticas del impacto del alcohol en la salud y el bienestar de los mayores, y la prevención de su consumo entre ellos.
- Recopilar ejemplos de las mejores prácticas para prevenir el consumo nocivo en diferentes ámbitos en todos los países de Europa.
- Difundir las conclusiones más importantes del proyecto y sus implicaciones para el desarrollo de políticas y programas, entre los responsables del desarrollo de las políticas y los programas sobre el alcohol.

## **2.3. Personas mayores en situación de vulnerabilidad**

### ***Mensaje***

Las personas mayores de ciertos grupos se enfrentan a un riesgo mayor de padecer problemas de salud mental. Entre ellos se incluyen las mujeres mayores, los que están en riesgo o ya viven situaciones de pobreza, los que están aquejados de enfermedades crónicas, las víctimas de abusos o los que pertenecen a minorías étnicas o culturales. Si se toman medidas específicas para fortalecer su capacidad de resistencia o para reducir su vulnerabilidad (como en los servicios, por ejemplo) se pueden mejorar sus condiciones de vida y, por consiguiente, disminuir los problemas de salud mental en estos grupos. Estas medidas pueden resultar también en un incremento de la inclusión y la cohesión social.

### ***El problema***

Los grupos de población vulnerable tienen más riesgo de tener problemas de salud física, psicológica y mental. Un deficiente estado de salud física -como una enfermedad crónica- puede hacer al individuo más vulnerable a los problemas de salud mental (depresión) y/o privación social (escasez de contactos sociales). La vulnerabilidad puede ser el resultado de las trayectorias sociales (en el transcurso de la vida del individuo), de interacciones y contextos o entornos sociales<sup>183</sup>. Aún más, estos factores son esenciales a la hora de determinar el desarrollo de los problemas de salud mental. Por ejemplo, las personas que viven en un entorno social adverso, que pasan por acontecimientos graves en su vida, sin contar con relaciones que las animen ni servicios apropiados, están en un alto riesgo<sup>184 185</sup>.

Las situaciones concretas de vulnerabilidad que constituyen factores de riesgo son un estado de salud deficiente (dependencia o discapacidad), el estatus socioeconómico bajo (pobreza), poca riqueza social (aislamiento) y pobreza de recursos personales (falta de formación).

Los grupos especialmente vulnerables en la edad avanzada son los siguientes:

- Personas mayores que viven en la pobreza o que tienen un alto grado de riesgo de estarlo, como por ejemplo, las mujeres mayores.
- Aquellos que están en situación de aislamiento y los que tienen limitaciones físicas severas y necesitan asistencia.
- Los que se enfrentan o tienen que sobrellevar acontecimientos y cambios críticos de la vida (divorcios, luto y pérdida de la pareja o de algún hijo, situaciones de abusos, etc.).
- Las minorías étnicas/grupos de inmigrantes.
- Los mayores sin hogar y los reclusos (que experimentan a menudo situaciones traumáticas).
- Las lesbianas, gays, bisexuales o transexuales.
- Los que están envejeciendo con trastornos o problemas previos de salud mental.

### **Pobreza**

En 2008, el 17% de todos los europeos (de la UE de los 27) estaba en riesgo de pobreza, pero para las personas mayores es más elevado (el 19% o, lo que es lo mismo, 13 millones de mayores) que para la población en general<sup>186 187</sup>. La pobreza es un fenómeno social multidimensional y se caracteriza por un estatus socioeconómico bajo, el paro, las pensiones mínimas y un nivel escaso de formación. Para las mujeres el riesgo es todavía mayor que para los hombres, especialmente en la vejez, debido a su tendencia a tener menos y más bajos recursos económicos procedentes de las pensiones o los ahorros, aún cuando hayan estado trabajando. Más que los ingresos propiamente dichos, hay varios factores relacionados con la educación que pueden funcionar como mediadores en los riesgos de trastornos mentales (por ejemplo, inseguridad, desesperanza, un deficiente estado de salud, recursos de respuesta limitados ante los rápidos cambios sociales, oportunidades limitadas). Las personas en situación de pobreza tienen un acceso más limitado a una atención sanitaria apropiada. Por tanto, pobreza y trastornos mentales interactúan exacerbándose recíprocamente en un círculo vicioso<sup>188</sup>.

### **Abusos hacia las personas mayores**

El abuso hacia las personas mayores ya ha sido reconocido como un problema y desafío de primer orden por algunos países de Europa, pero las acciones encaminadas a su prevención son variables<sup>189</sup>. El abuso a los mayores es «un acto único o repetido, o la falta

de acciones apropiadas, que ocurre en el ámbito de cualquier relación en la que existe la expectativa de confianza, que causa daño o aflicción a una persona mayor. El comportamiento abusivo puede adoptar varias formas: física, psicológica/emocional, sexual, económica o, simplemente, ser reflejo de una negligencia, ya sea intencional o no»<sup>190</sup>. El abuso a los mayores ocurre con más frecuencia en el contexto doméstico que en las instituciones. Los abusos domésticos se estima que están entre el 6 y el 12%, y son más altas que las tasas de abuso en el entorno institucional (debido a la demencia, el mayor esfuerzo que supone su atención y el carácter problemático de determinadas relaciones<sup>191 192</sup>). Por otro lado, son los abusos psicológicos y emocionales las formas más frecuentes y son las mujeres las que más los sufren<sup>193 194 195</sup>.

Estos sucesos están vinculados frecuentemente a las limitaciones originadas en deficientes condiciones de salud, a los problemas de movilidad o a circunstancias de los cuidados. Existen varios agentes importantes e influyentes en este contexto multifactorial, tales como un historial prolongado de relaciones problemáticas, de consumo abusivo de drogas o de enfermedad psiquiátrica (ya sea del cuidador o de la persona mayor a su cargo). Lo típico es que, casi con toda seguridad, la víctima del abuso conozca al autor.

Además, los abusos tienen un efecto devastador sobre la salud mental de los individuos<sup>196</sup>. A menudo las víctimas manifiestan que no pueden olvidar el incidente, informan de sentimientos de miedo, de ofensas y de humillación. También los daños económicos y, en muchos casos, los físicos pueden ser resultado del comportamiento abusivo<sup>194</sup>. Muchas veces las personas mayores que lo sufren se sienten incomunicadas de su familia y amigos<sup>195</sup> y experimentan una pérdida de confianza, depresión, trastornos del sueño y aislamiento creciente<sup>197 198</sup>.

### **Personas sin hogar**

Al revés que en la pobreza y el abuso, la falta de hogar casi siempre golpea a hombres sin empleo, con un nivel de escolaridad bajo, que viven solos, con una red de contactos sociales muy limitada, sufren aislamiento social y la carencia de un alojamiento adecuado<sup>199 200</sup>. Las estimaciones de la prevalencia de

esta situación son difíciles, pero varían entre 1,8 y 2,7 millones de personas sin techo en Europa<sup>201</sup>. De todas las personas sin hogar, alrededor del 4% son mayores, con una edad media de 72 años<sup>202</sup>. La cantidad de personas sin hogar en los países occidentales es aún pequeña pero va en aumento<sup>200 202</sup>.

Los mayores sin hogar se caracterizan por su fragilidad y una extremada vulnerabilidad, y muchos de ellos sufren problemas físicos y mentales, y una mortalidad creciente (más alta que en el resto de la población)<sup>202</sup>. Aproximadamente un tercio de los adultos solteros sin hogar tienen un serio trastorno de salud mental, y la prevalencia es mayor entre las mujeres<sup>200</sup>. Además, aproximadamente el 50% de los mayores sin techo tienen dependencias tóxicas, y de estos, aproximadamente el 30% tiene problemas con el alcohol. Sin embargo, no hay un consenso general sobre las causas de este fenómeno. Muchas veces, antes de que se den estas situaciones, hay un historial previo de consumo abusivo del alcohol o de las drogas, y de problemas con la familia, la economía y la vivienda<sup>199</sup>. Una vez que una persona se convierte en un sin techo, es muy difícil para ella retornar a su vida anterior.

### **Grupos pertenecientes a las minorías étnicas**

La inmigración juega un papel importante en las dinámicas de población de los países europeos. Más de la mitad (56%) de los extranjeros que viven en el territorio de los 27 Estados Miembros de la UE tienen la ciudadanía europea y aproximadamente el 40% de los extranjeros provienen de países de fuera de Europa<sup>203</sup>. Los grupos de inmigrantes están, en determinadas circunstancias, en mayor riesgo de padecer problemas de salud (estrés, trauma), debido a una combinación única de lo acaecido durante la emigración y las experiencias posteriores. Las minorías étnicas se enfrentan a desventajas sociales específicas, como la lejanía de la familia, las dificultades del idioma, la discriminación racial y religiosa, etc.<sup>204</sup>. Existen amplias variaciones en las tasas estandarizadas de mortalidad en los suicidios entre las personas mayores pertenecientes a diferentes grupos de inmigrantes. Los suicidios entre ellos están relacionados con el país de origen, las circunstancias y el proceso de emigración y el país anfitrión. El riesgo de depresión es también mayor ante la carencia de apoyo familiar, la soledad, el acceso insuficiente a los servicios

comunitarios y las dificultades para regresar a su tierra. El apoyo familiar es el mayor amortiguador contra la depresión, pero hay otros, como las prácticas religiosas y la confianza en sus iguales, que también parecen ofrecer algún amparo<sup>205</sup>.

### **Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales**

Las lesbianas, los gays, los bisexuales y los transexuales sufren intolerancia por la sexualidad o el género, discriminación y victimización. Los hombres y mujeres homosexuales sufren más angustia psicológica y niveles más altos de consumo de drogas que los heterosexuales. En la literatura científica hay referencias a que tienen tasas más altas de ansiedad, depresión y comportamientos suicidas, y son usuarios más habituales de los servicios de salud mental (consultas a profesionales). Ellos dan cuenta de actitudes discriminatorias en el trabajo y los entornos sociales, especialmente en el caso de los transexuales, y en consecuencia, están en mayor riesgo de encontrarse en la pobreza, el desempleo y el aislamiento social. Aunque, por desgracia, estos problemas afectan a individuos de todas las edades, adquieren una particular agudeza entre las personas mayores. En parte es debido a que, actualmente, comienza a darse entre los más jóvenes una mayor aceptación de las minorías sexuales y géneros, que sin embargo no es parte de la cultura de los adultos mayores europeos. Otra razón es que, con frecuencia, la discriminación ha forzado a estos individuos a aceptar empleos sin contrato, que dan como resultado la falta de seguridad económica cuando llegan a mayores<sup>206</sup>. Por otra parte, esta misma discriminación puede aparecer en los servicios de salud mental. En un estudio, aproximadamente un 30% de los individuos dan cuenta de reacciones negativas o contradictorias por parte de los profesionales de la salud mental al hablarles abiertamente de su sexualidad<sup>207</sup>.

### **Personas mayores con problemas mentales preexistentes**

Uno de los grupos más ignorado entre la población de adultos mayores, son los que tienen problemas mentales anteriores. Se espera un aumento de la longevidad a causa de los recientes avances en los tratamientos, que traerá consigo, además de cambios demográficos, un notable incremento en el tamaño de este grupo. Como este proceso está acompañado por las tendencias europeas a que sea más numeroso



el grupo de personas que reciban cuidados integradas en la sociedad, el envejecimiento de los pacientes psiquiátricos no ingresados tendrá mayores implicaciones en las políticas de atención a la salud, y también requerirá esfuerzos específicos de las familias y las redes sociales, al igual que de los recursos comunitarios.

Determinados síntomas graves de los trastornos mentales (los síntomas «positivos» en términos psiquiátricos) muchas veces se reducen con la edad, mientras que otros problemas persisten o aparecen en la edad avanzada, incrementando la necesidad de ayuda y apoyo para este grupo de personas. Los cambios, la aparición de dificultades persistentes en las habilidades sociales o de resolución de problemas, que son frecuentes en los que tienen trastornos mentales severos, pero que también se presentan como nuevos retos relacionados con la edad, tales como:

- Aislamiento social extremo después de cambios y pérdidas normales relacionadas con la edad.
- Reducción de la autonomía debida al normal declive cognitivo y físico.
- Dificultades económicas y riesgo de pobreza, debido a la insuficiencia de las pensiones en aquellos (la gran mayoría) que no han podido trabajar a causa de su enfermedad mental.

El envejecimiento y la muerte de los propios cuidadores (muchas veces los padres) plantean obstáculos adicionales para que, los que tienen problemas mentales severos, puedan permanecer en sus hogares y, frecuentemente, conducen a su ingreso en alguna institución. Los servicios geriátricos generales de cuidados de larga duración se ocupan de las discapacidades físicas o cognitivas asociadas al envejecimiento de la generalidad de la población, y casi siempre tienen poca experiencia y escasez de recursos para atender a los que tienen trastornos mentales agudos.

Por otra parte, aquellos que padecen problemas mentales permanentes, con frecuencia, se encuentran, a medida que envejecen, con actitudes nihilistas entre los profesionales, que sienten que no tienen el conocimiento ni la capacidad necesaria para proporcionarles una ayuda efectiva.

Por encima de todo, es importante destacar que la experiencia de ciertas formas de vulnerabilidad, in-

crementa el riesgo de pobreza, de carecer de un techo o de otras situaciones de precariedad. Hay que planificar y ejecutar las intervenciones teniendo en cuenta las circunstancias específicas de la vida de aquellos que se encuentran en esta situación<sup>185</sup>. Un componente principal para la efectividad y eficiencia económica de las medidas de promoción y prevención, es la identificación de los grupos que estén en algún grado de riesgo (normal o elevado) de verse afectados por problemas mentales. Intervenciones específicas, como las que tienen por objetivo fortalecer la capacidad de sobrellevar las situaciones adversas, pueden ayudar a estas personas mayores a aceptar los acontecimientos adversos de la vida, como la pérdida de trabajo, el luto y la separación o divorcio<sup>208</sup>.

### **Principios que funcionan.**

Algunas intervenciones para los grupos vulnerables han mostrado su efectividad para prevenir y promover la salud mental, en el nivel individual, organizacional/municipal y de la sociedad<sup>184 188 196 199 200 202 204 207 209 210</sup>.

#### **Nivel individual**

- Apoyo social y programas de empoderamiento, tales como las líneas telefónicas de ayuda, el adiestramiento en habilidades, reducción de la desesperanza.
- Provisión de mayor seguridad económica mediante planes formativos o de microcréditos.
- Fortalecer las relaciones cercanas y reducir la carga de las personas cuidadoras no profesionales mediante la capacitación de los padres, y el apoyo y asesoramiento a los cónyuges.

#### **Nivel organizacional, de los servicios y de los expertos**

- La implantación de programas educacionales y psicosociales (de sensibilización, concienciación, conocimiento, comprensión, de reconocimiento, factores de riesgo, políticas locales de protección) para los médicos generales y los especialistas que trabajan con las personas mayores, de manera que puedan identificar los grupos en situación de vulnerabilidad que están en alto riesgo de sufrir trastornos mentales.
- Implicar directamente a los grupos vulnerables para la identificación y el intercambio de las me-



jores prácticas, con el empoderamiento como objetivo.

- Ofrecerles un acceso, sin obstáculos y proactivo, a servicios de salud mental de alta calidad (como por ejemplo, los centros y refugios para los grupos vulnerables ofrecidos por los trabajadores sociales, los profesionales de la geriatría, etc.) teniendo en cuenta los factores específicos de los grupos vulnerables, como las diferencias culturales, el idioma y el temor a las recetas innecesarias.
- La coordinación intersectorial y la promoción de calidad (por ejemplo, los programas de alcance) y las intervenciones precoces de prevención (por ejemplo, sobre las habilidades para sobrellevar las situaciones adversas, los programas de apoyo social para reducir las tensiones) dirigidos por agencias proactivas y especializadas en la atención primaria y servicios de expertos.

#### **Nivel de la comunidad y de la sociedad.**

- Mejorar el reconocimiento público y la concienciación de la vulnerabilidad y sus causas, incluyendo guías y recomendaciones sobre cómo reaccionar.
- Introducir políticas sociales para establecer pensiones y seguridad social adecuadas para llegar a la igualdad de género, la equidad en los ingresos y alojamientos estables.
- Programas comunitarios de desarrollo con reformas sectoriales, como por ejemplo, la descentralización, la participación de los líderes locales comunitarios y el empoderamiento de los marginados.
- Proporcionar medidas, incluyendo aquellas destinadas a impulsar la seguridad económica, los alojamientos comunitarios adecuados con medidas de apoyo para la vida cotidiana (véase el cuadro 45) de aquellos que se hacen mayores y padecen trastornos preexistentes de demencia.

#### **Políticas y programas para la acción**

Las acciones clave en este terreno son las siguientes:

- Las intervenciones que **promueven las habilidades psicosociales y los mecanismos para sobrellevar las situaciones adversas** a nivel individual (dirigidas, por ejemplo, a las personas mayores que estén experimentando transicio-

nes importantes de la vida, como la jubilación, el divorcio y el luto).

- ✓ Enfocar **los recursos de las personas mayores** que viven en la pobreza o áreas de alto riesgo, mediante programas de desarrollo en las zonas más deprimidas, proporcionándoles intervenciones preventivas en su propio idioma y culturalmente apropiadas, e iniciativas para la inclusión social de las personas mayores (por ejemplo, las minorías étnicas y los grupos de inmigrantes).
- **Coordinar los sectores de salud y de bienestar social** para mejorar el acceso de los grupos en situación de vulnerabilidad, por ejemplo mediante el reconocimiento y el apoyo a las personas mayores que viven relaciones abusivas, el tratamiento para el consumo nocivo del alcohol y las drogas, la oportuna detección y el tratamiento correcto para aquellos que van envejeciendo con trastornos mentales severos.
- Destacar los temas relacionados con el envejecimiento para las agencias **no gubernamentales que representan a los grupos marginados** (como las organizaciones o grupos de interés de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales, así como a los sin techo).
- **Promover las redes de apoyo y las medidas de inclusión social** en el ámbito interpersonal y social (por ejemplo, con intervenciones de inclusión para dependientes, para personas en alto riesgo de ser víctimas de abusos, inmigrantes y refugiados).
- **Políticas y leyes antidiscriminatorias** para reducir la marginación y la exclusión de los grupos marginados en situaciones de vulnerabilidad, con referencia a las edades más avanzadas.

#### **Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales**

**Cuadro 36: Buddy care for homosexual elderly people – Pink Buddies.** [Apoyo para las personas mayores homosexuales – Amigos Rosas] (<http://www.schorer.nl/106/jaar-buddyzorg/>) Este programa holandés, dirigido por el Instituto Schorer para la homosexualidad, la salud y el bienestar, se propone reducir la soledad en los homosexuales mayores y mejorar su salud mental.

Como puede ser difícil conectar con este grupo, Buddy Care utiliza diferentes medios, haciendo contactos con los servicios especializados. Aproximadamente 200 Punk Buddies (voluntarios) han sido entrenados para trabajar con el grupo objeto del programa, y visitan en sus casas a los miembros de este colectivo mayores de 55 años, proporcionándoles apoyo emocional, social y práctico. Los resultados de la evaluación mostraron que el programa puede reducir la soledad, que es una de las mayores causas de la depresión.

**Cuadro 37: Grupo de Autoayuda para Hombres Homosexuales Mayores de 50 años**  
(<http://www.subonline.org/>)

Sus objetivos son prevenir el aislamiento y la depresión de los hombres mayores homosexuales, y proporcionar información sobre homosexualidad y envejecimiento a todos los centros locales de la seguridad social. Este grupo de autoayuda para homosexuales mayores se reúne los lunes por la tarde para compartir actividades de ocio, tales como paseos, visitas turísticas y eventos culturales. En caso de enfermedad, los miembros del grupo mantienen el contacto social y proporcionan apoyo y ayuda (con visitas a domicilio, por ejemplo). Además, los centros y autoridades locales (especialmente el departamento de mayores) han llegado a tomar conciencia de los problemas de este grupo objetivo (en 2004, la ciudad de Múnich llevó a cabo un sondeo sobre «Envejecimiento y Homosexualidad», iniciado por este grupo de autoayuda).

**Grupos étnicos e inmigrantes**

**Cuadro 38: Active Aging! [Envejecimiento Activo] La inversión en la salud de los mayores**<sup>211</sup>

([http://www..soz.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/inst\\_sociologie/Reinprecht5.pdf](http://www..soz.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_sociologie/Reinprecht5.pdf))

Esta iniciativa está dedicada a la investigación de la calidad de vida de los mayores en el transcurso de un proyecto piloto de la OMS en Viena. Se ocupa de la promoción de la salud y de la motivación social de los grupos de población de mayores en ais-

lamiento, centrándose especialmente en los distritos más deprimidos socioeconómicamente, en los inmigrantes mayores y personas mayores que han experimentado acontecimientos críticos recientes, como la jubilación, la viudedad o el luto. En el transcurso del proyecto se hicieron visitas a los mayores para prestarles asesoramiento, y se mantuvieron contactos frecuentes durante un periodo más largo. Se desarrollaron unos «Health Markers» [Marcadores de salud] en forma de folletos para los inmigrantes mayores, conteniendo información sobre los servicios de salud, y además se tradujeron al turco y al serbocroata.

**Cuadro 39: Active Ageing of Migrant Elders Across Europe (AAMEE) [Envejecimiento activo de inmigrantes mayores en toda Europa]**

Programa de Intercambio de Buenas Prácticas para las Organizaciones de Voluntarios  
([www.aamee.eu/](http://www.aamee.eu/)).

En el marco del proyecto AAMEE se intercambian buenas prácticas para las organizaciones de voluntarios. Sus objetivos son iniciar y promover el trabajo de las organizaciones que se ocupan de los inmigrantes mayores; sensibilizar a los entornos político y social acerca del voluntariado con y para ellos; implantar una plataforma/red de buenas prácticas para compartir experiencias entre las organizaciones de voluntarios; recopilar y publicar una lista de verificación para el voluntariado con y para los inmigrantes mayores, así como también un folleto de buenas prácticas con ejemplos de toda Europa; y desarrollar principios y recomendaciones para la UE para promover el voluntariado con y para los inmigrantes mayores en Europa.

**Cuadro 40: La inmigración como recurso social, en vez de motivo de temor**  
([www.auser.it](http://www.auser.it))

La finalidad del proyecto AUSER (Service and Solidarity Self-management Association) [Asociación de Autogestión de Servicio y Solidaridad] es establecer vínculos entre las personas mayores y los inmigrantes. Organizan reuniones interculturales, seminarios regionales y ofrecen materiales

didácticos. Han organizado reuniones entre los mayores y sus familias y las familias de los inmigrantes, con el propósito de eliminar los estereotipos y de fortalecer la concienciación y el intercambio cultural. Los resultados principales han sido el incremento de la autoestima y conciencia de los participantes, la reducción de la inquietud debida al miedo asociado a los estereotipos raciales, una mejor comprensión y percepción de las herramientas culturales para manejar las situaciones, la construcción de unos vínculos mejores entre los grupos étnicos de la comunidad, y apertura y disposición para hablar sobre «la diversidad» en la sociedad.

### **El abuso a los mayores**

#### **Cuadro 41: Rompiendo el tabú: El empoderamiento de los profesionales de los servicios sociales y de salud para combatir la violencia contra las mujeres mayores en la familia**

([http://www.rotekrez.at/fileadmin/user\\_upload/PDF/GSD/Brochure-English.pdf](http://www.rotekrez.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/Brochure-English.pdf))

Los objetivos de este proyecto son impulsar la toma de conciencia sobre la violencia contra las mujeres mayores en las familias, empoderar a los profesionales de los servicios de salud y sociales para reconocer las situaciones abusivas y ayudarlos a combatirlas, desarrollar materiales y acciones de concienciación, crear herramientas y estrategias para mejorar la detección precoz de estos episodios de violencia, y apoyar a los profesionales para que reaccionen de acuerdo con ellas. Por consiguiente, el resultado principal del proyecto es un folleto que contiene las herramientas para detectar la violencia, estrategias para abordar estos episodios e información específica sobre el marco legal de cada país, así como también las organizaciones que proporcionan talleres de concienciación para los profesionales en este campo, una conferencia de expertos en Austria, Finlandia, Polonia, y un corto resumen de las experiencias del proyecto para los diseñadores de políticas.

### **Adiestramiento para apoyar a los individuos con trastornos mentales preexistentes**

#### **Cuadro 42: Programas PROSPECT de adiestramiento**

PROSPECT es el resultado de un Proyecto Europeo de Asociación, desarrollado por la Federación Europea de Familias de Personas con Trastornos Mentales (EUFAMI), que ha reunido las inquietudes y las contribuciones de las dieciséis organizaciones asociadas y de los representantes de las personas con trastornos mentales, de los cuidadores familiares y de profesionales de la atención social y de salud de doce países europeos. Los Programas de Formación Prospect ya están disponibles en doce idiomas:

- Programa de adiestramiento para Familiares y Amigos, **«Prospect Family and Friends training programme»**. Dirigido a satisfacer las necesidades de los familiares y amigos relativas a sus derechos, hace posible que adquieran confianza, mejora sus habilidades para afrontar el estrés, los apoya para que recobren el control y mejoren su calidad de vida.
- Programa de adiestramiento en Auto-experiencia\*\*, **«Prospect People with Self-Experience training programme»**. Fomenta la recuperación, hace posible una mayor integración en la comunidad, incrementa las habilidades y oportunidades de trabajo para las personas con enfermedad mental.
- Programa de adiestramiento para los Profesionales de la Salud y la Atención Social, **«Prospect Health and Social Care Professionals training programme»**. Sitúa a las personas que han pasado por esas experiencias en un contexto social, desde la perspectiva de su condición de ciudadanos, incluyendo en ella a los propios cuidadores.
- Programa de adiestramiento en Módulo Común de consenso, **«Prospect Common Ground Module training programme»**. Aborda la cuestión de la comunicación, «Three Way Communication» (Tres vías de comunicación), entre los tres grupos identificados en el Proyecto Prospect (personas con trastornos mentales, amigos y familiares, y profesionales de la salud y la atención social).

\*\* (Nota del Traductor) La expresión «Personas con su propia experiencia hace referencia a los destinatarios del programa».

## 2.4. Sistemas de cuidados y tratamientos

### Mensaje

Los sistemas de cuidados, refrendados por la investigación en los campos de la psiquiatría de las personas mayores y de la medicina geriátrica, juegan un papel muy importante en la detección precoz y el tratamiento de los trastornos mentales de los mayores. Deben ser sistemas orientados a la comunidad e incluir equipos multidisciplinares, además de mecanismos para la coordinación de la atención social y los cuidados de la salud mental. La atención primaria y los servicios sociales generales son puntos de acceso principales para muchas de las personas mayores, y se deberían utilizar para alcanzar activamente el objetivo de una buena salud mental. La administración y coordinación de los cuidados paliativos y del final de la vida requieren de una buena dirección y compromiso en los equipos de atención primaria, junto con la incorporación, tanto de cuidadores formales como de otros especialistas.

### El problema

En Europa, apenas existen servicios integrados de cuidados de la salud mental, y esta carencia es uno de los problemas principales en la provisión de asistencia.

Entre las deficiencias más frecuentes, se encuentran la escasa coordinación entre los servicios de atención de la salud mental a los pacientes ambulatorios y los que se encuentran ingresados (incluso en el caso de la gestión de las altas), así como la poca articulación entre la medicina general y los servicios de salud mental. Por otro lado, la planificación, implantación y evaluación de los servicios sociales y de salud mental (tales como el alojamiento y la seguridad social) frecuentemente no están bien coordinadas<sup>212 213 214 215 216</sup>, lo que conduce a evaluaciones distintas y repetidas, a confusión acerca de los servicios entre los mayores, y a la falta de claridad en el reparto de responsabilidades entre los proveedores de servicios y los miembros de su personal<sup>213</sup>. Las razones para esta falta de coordinación son, entre otras, las dispares condiciones de los contratos en las distintas instituciones involucradas, y las diferencias en la cultura de

trabajo de los diferentes sectores. En muchos de los Estados Miembros se requiere, además, una dirección más enérgica en la administración de los cuidados de la salud mental a nivel local<sup>212 215</sup>.

La mayoría de los países se enfrentan a retos similares cuando se trata de mejorar la calidad de los servicios. Como los siguientes:

- **En el ámbito político**, la incorporación de la salud mental de las personas mayores en los servicios nacionales de salud y, además, su inclusión entre las prioridades de la atención social.
- **En el ámbito de los proveedores de servicios**, contar con un equipo de profesionales amplio, multidisciplinar, bien capacitado llegar a un compromiso fructífero entre unas agendas o prioridades que pueden colisionar entre sí; y la coordinación efectiva de todas las partes implicadas en el proceso de los cuidados, para definir una clara distribución de las responsabilidades y evitar que las personas mayores se «pierdan» en el sistema y, como consecuencia, acaben recibiendo cuidados inadecuados.
- **En el ámbito de los familiares/cuidadores**, considerar y evaluar la carga de los cuidadores y la consiguiente disminución de su calidad de vida, proporcionándoles información actualizada y formación sobre los tratamientos y ayudas disponibles.
- **Para la persona mayor**, superar las barreras de acceso a los cuidados y tratamientos adecuados (como serían, por ejemplo, la estigmatización y la implicación insuficiente en el proceso de toma de decisiones).

### Principios que funcionan

- **Servicios integrados de cuidados y tratamiento** para las personas mayores con problemas mentales, asegurando la coordinación de los servicios sociales y de salud, los servicios de salud física y mental, y la atención a los pacientes ambulatorios y hospitalizados. Algunos ejemplos concretos de eficacia comprobada son los siguientes:
  - ✓ Servicios comunitarios individualizados y multidisciplinarios.
  - ✓ Colaboración entre la atención primaria y la especializada en los tratamientos de la depresión en la edad avanzada.

- ✓ Servicios de alcance para los cuidados en las residencias.
- ✓ Integración de los servicios hospitalarios para pacientes agudos y los servicios comunitarios de cuidados de la salud mental.
- ✓ Sistemas de acceso único.
- ✓ Modelos que contemplen la gestión de casos en la comunidad.
- **Servicios orientados a los usuarios** (no a los proveedores), que tengan el acceso basado en las necesidades (no en la edad), donde haya una participación activa de usuarios y cuidadores en la toma de decisiones.
- **Formación continua** de los profesionales en todos los niveles de los cuidados, para que sean capaces de reconocer y manejar las complejidades y particularidades de los trastornos mentales entre las personas mayores.
- Establecer **directrices apropiadas** para la detección y manejo de los trastornos mentales en la edad avanzada y el abuso a los mayores.
- Colaboración en **asociación** con las ONG, las autoridades regionales y las demás partes interesadas.
- **Liderazgo claro y enérgico** en los sectores de salud, social y municipal, que tenga como objetivos comunicar su visión de la salud de los mayores y apoyar a los profesionales.

Los servicios integrados de salud mental para los mayores (conocidos como de atención combinada, de enfoque holístico<sup>215</sup> o de atención integral<sup>214 217</sup>) tienen una efectividad comprobada para tratar los trastornos mentales en las personas mayores. El diagnóstico y tratamiento de estos trastornos en los mayores son complejos, y la integración de los servicios de psiquiatría y medicina general han mostrado resultados positivos<sup>218</sup>. Los países que han generalizado los servicios de gerontopsiquiatría presentan efectos positivos en la reducción de la depresión en la edad avanzada<sup>219</sup>. Una planificación pormenorizada de los cuidados integrados requiere presupuestos conjuntos de los proveedores de servicios, sistemas de información integrados, impulsar la gestión individualizada de los casos y los cuidados, mayor número de equipos multidisciplinares y una gestión eficiente de los procesos de alta<sup>220</sup>. El punto único de acceso en los servicios de salud mental también ha sido propuesto como una posible vía para facilitarles la entrada a aquellos que lo necesiten<sup>215</sup>.

Otro componente principal de un tratamiento eficaz y holístico de la salud mental en los adultos mayores es la formación continua del personal, a todos los niveles de los cuidados, para que les sea posible detectar y manejar las complejidades de los trastornos mentales en esta edad<sup>214</sup>. La disposición y amplia difusión de guías apropiadas, con directrices actualizadas y de fácil utilización, también pueden mejorar la calidad de los cuidados proporcionados por los profesionales.

Las visitas domiciliarias también pueden aliviar los problemas de salud mental de los mayores<sup>51 221</sup>. Una comparativa sistemática sugiere que las visitas tienen un efecto preventivo sobre los mayores, en relación a la reducción de los ingresos en hospitales y residencias, tasas de mortalidad y costes<sup>222</sup>. En cuanto a las consecuencias para la salud mental, los resultados en Dinamarca muestran que las visitas domiciliarias tienen el potencial de mejorar las funciones psicosociales y de reducir la ansiedad en las personas mayores<sup>51 223</sup>. La efectividad de estas intervenciones descansa en factores multidimensionales, que incluyen las evaluaciones geriátricas y las visitas de seguimiento<sup>221</sup>.

Para implantar unos servicios eficaces, se requiere una gestión y un liderazgo más contundentes en la promoción de la salud mental. Hay que crear equipos y habilitar a los comisionados para que puedan desarrollar, implantar y evaluar los servicios. Una de las formas de proporcionarlos sería asignar comisionados de salud mental para las personas mayores en la comunidad, o crear equipos de salud mental comunitarios (CMHT), como se ha hecho en el Reino Unido<sup>224</sup>. En la literatura se destaca el desarrollo de habilidades de liderazgo como parte del fortalecimiento de capacidades.

### Políticas y programas para la acción

- Sistemas integrados de cuidados orientados a la comunidad y a los pacientes ambulatorios, en los haya una colaboración activa entre los servicios de salud mental y física, y entre los sectores social y de salud.
- Equipos comunitarios multidisciplinares, que estén disponibles y sean accesibles y que incluyan a médicos generales capacitados, gerontólogos, especialistas en salud mental, (especialmente psiquiatras para la edad avanzada), tra-



bajadores sociales, educadores y enfermeras, entrenados para detectar y tratar los trastornos mentales en las personas mayores.

- Cuidados paliativos y de final de la vida que proporcionen calidad de vida para los pacientes mayores hasta los últimos momentos, conjuntamente con el apoyo a las personas cuidadoras no profesionales (familiares), basados en principios y directrices aceptadas, incluyendo el asesoramiento psicológico para los que sufren la pérdida, cuando esté indicado. Para ello se requiere un buen liderazgo y un alto grado de compromiso por parte de los equipos de atención primaria, y contar con la participación de personas cuidadoras no profesionales y de especialistas, siempre que sea necesario.
- Residencias en las que se proporcionen cuidados de alta calidad, suministrados por unos recursos humanos suficientes y capacitados, con unas condiciones de trabajo que impidan la rotación frecuente del personal. Esto lo puede facilitar la implantación de medidas de control de calidad independientes y la colaboración activa entre los profesionales de la salud mental y otros profesionales de la salud.
- Directrices para las residencias y los cuidados de larga duración para promover la salud mental entre los mayores (que les permita vivir dignamente en un entorno apropiado), y prevenir los trastornos mentales y los malos tratos.
- Comisionados para la salud mental en los ámbitos comunitario, regional y nacional.
- Nuevas tecnologías, como parte de los programas de promoción de la salud mental, de la prevención de los trastornos, y de los tratamientos y cuidados para los mayores, que incluyan las tecnologías de información y comunicación (TIC), como por ejemplo los servicios de e-Salud y los dispositivos técnicos para reducir las discapacidades.

#### **Cuadro 43: Partnership for Older People [Asociación para Mayores] (POPP)**

([www.changeagentteam.org.uk/popp](http://www.changeagentteam.org.uk/popp))

El programa POPP es un ejemplo de buenas prácticas en la realización de un programa conjunto de atención sanitaria y social en el Reino Unido, que funciona desde el año 2006 en 29 lugares diferen-

tes del país<sup>225</sup>. Se pueden extraer evidencias y conclusiones específicas de las experiencias de Leeds y Bradford, lugares donde el programa tiene un enfoque específico sobre el suministro de cuidados integrados a los mayores con trastornos mentales.

El programa, que dura entre 6 y 12 semanas, emplea a personal cualificado en cuidados sociales y de salud. El personal realiza visitas a los mayores con trastornos de salud mental que hayan recibido el alta hospitalaria recientemente. Los fines de estas visitas domiciliarias son reducir la tasa de los que, potencialmente, vayan a necesitar cuidados de larga duración, dándoles la capacidad de que puedan continuar viviendo en sus casas, proporcionándoles paquetes de cuidados integrados (sociales y médicos), fomentando la salud (con acciones de educación, de fortalecimiento de capacidades, etc.), promocionando la independencia y el cuidado de sí mismos, y así reducir los ingresos de urgencia en los hospitales. Según los informes semanales de evaluación del personal, las capacidades y habilidades de los mayores parecen mejorar. Los resultados muestran la reducción en un 47% de las pernoctaciones en los hospitales, además de otros beneficios<sup>226</sup>.

En Leeds y Bradford se han creado unos centros especiales, llamados Dementia Cafes, donde las personas mayores aquejadas de demencia, o con especiales necesidades por sus dificultades funcionales, puedan hablar y compartir sus problemas. La Universidad de Leeds llevó a cabo la evaluación de este proyecto, que mostró claros beneficios después de una intervención de seis semanas.

En Leeds también se ha establecido una asociación con los servicios de salud, de atención social y de voluntariado. La vinculación de los cuidados intermedios entre los pacientes ingresados y los servicios comunitarios de salud mental, evita muchos ingresos hospitalarios y ayuda a que las altas se produzcan antes.



**Cuadro 44: El NSF del Reino Unido**

([www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliverinadultsocialcare/Olderpeople/OlderpeoplesNSFstandards/DH\\_4002284](http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliverinadultsocialcare/Olderpeople/OlderpeoplesNSFstandards/DH_4002284))

El NHS (National Health Service [Servicio Nacional de Salud]) ha implantado el «Standar 7 of the National Service Framework (NSF) for Older People» [Estándar 7 del Marco Nacional de los Servicios para los Mayores] que pretende desarrollar e implantar la integración de los servicios de Salud mental para personas mayores y los Equipos Comunitarios de Salud Mental - Community Mental Health Teams (CMHT). Cada uno de estos equipos está constituido por personal con funciones claras y definidas, perteneciente tanto al sistema de atención a la salud (especialistas en gerontopsiquiatría, enfermeras de los servicios psiquiátricos comunitarios y dietistas), como al sistema de servicios sociales (trabajadores sociales y logopedas). Los equipos CMHT comparten la documentación, y mantienen reuniones formales para coordinarse y evitar los fallos de comunicación que pudieran darse a causa de las diferencias de formación, de habilidades y de estilos de trabajo. El equipo necesita tener una gestión adecuada, desempeñada por un director de equipos cualificado<sup>224</sup>.

**Cuadro 45: Residencia Sunny Dale**

En Eslovenia se encuentra uno de los mejores ejemplos de buenas prácticas. En Sunny Dale, una residencia 160 plazas para personas mayores, tanto privadas como subvencionadas por el Estado, en la que reciben atención social y de salud dependiendo de su estado y condiciones. En dos de sus siete pisos residen las personas mayores con trastornos mentales (especialmente aquellos que están aquejados de demencia y tienen trastornos cognitivos). En ellos hay personal disponible durante las 24 horas, 7 días a la semana. En la planta baja, 15 cuidadores, 1 trabajador social y 3 médicos generales proporcionan todos los cuidados de salud mental necesarios, incluyendo los de prevención y promoción de la salud (como por ejemplo, un grupo de canto). La ventaja de este tipo de vida (cuidados integrados en un solo entorno) es que los pacientes pueden estar atendidos en un sólo lugar, allí donde viven, y no necesi-

tan cambiar de cuidados informales a formales y viceversa cuando lo demanda cualquier fluctuación de su estado de salud. En este modelo, el paciente no necesita cambiar su posición dentro del sistema de cuidados ni encontrar el camino a través de todo el sistema, sino que es el sistema de atención social y de salud el que recorre el camino hacia la persona para asegurar un cuidado óptimo<sup>227</sup>.

**2.5. Cuidadores no profesionales****Mensaje**

Los cuidadores no profesionales proporcionan la mayoría de los cuidados, y la mayor parte de ellos están a cargo de las mujeres mayores. Apoyarlas en sus funciones, capacitarlas y proteger su bienestar tiene resultados positivos para su salud mental y la de aquellos a quienes cuidan.

**El problema**

Los cuidados pueden estar organizados alrededor de los servicios ambulatorios y los hospitalarios, así como también de los centros de día, y los pueden proporcionar cuidadores profesionales y no profesionales. La mayoría de los mayores que reciben cuidados como, por ejemplo, aquellos con problemas mentales o físicos, viven en sus hogares y no ingresados en alguna institución<sup>228</sup>. La mayoría de estos cuidados los proporcionan los familiares (casi siempre las hijas y nueras, pero también las hermanas y esposas)<sup>229</sup>.

Sin duda, la mayor parte de la carga de los cuidados recae sobre las personas cuidadoras no profesionales. La magnitud de esta carga depende principalmente del estado de la salud mental y funcional de los receptores de los cuidados<sup>230</sup>. El tiempo empleado por los familiares en los cuidados a las personas con demencia es inmenso. Es 8,5 veces más que el que les dedican los servicios formales (299 horas al mes frente a 35). La mitad de este tiempo es para su supervisión, de día y de noche (24 horas de responsabilidad)<sup>231</sup>.

Muchos de los cuidadores están preocupados por ciertos aspectos de su rol como tal (por ejemplo,

puede preocuparles su propia salud, o la salud y comportamiento de la persona a quien cuidan, o quién va a cuidar de ellos en el futuro), y también se preocupan sobre su propio envejecimiento, el deterioro progresivo de su salud y su capacidad para seguir cuidando a los que dependen de ellos<sup>232</sup>.

De hecho, tienen peor salud psíquica que la población en general<sup>233</sup>, y pueden aparecer una amplia gama de problemas relacionados con su propio bienestar, tales como problemas de sueño, de nutrición, riesgo de autolesiones y pensamientos de suicidio<sup>234</sup>.

Es más, muchos pierden su vida social, al menos en parte, y sustituyen su actividad profesional para ocuparse de los cuidados (cambiando a trabajos de tiempo parcial con el correspondiente descenso de sus salarios), y reducen las ocasiones de ver a sus amigos y su tiempo de ocio mientras están cuidando a una persona mayor de su familia. Los cuidadores, a menudo, no pueden participar en actividades sociales, ya que no pueden dejar sola a la persona a quien cuidan<sup>232</sup>, lo cual puede conducirles a la soledad y a la exclusión social. Esto, de nuevo, tiene como resultado la aparición de culpabilidad en el cuidador. A la larga, las personas cuidadoras no profesionales están en riesgo de acabar física y emocionalmente exhaustas, lo que implica un alto riesgo de caer física o mentalmente enfermas<sup>235</sup>.

La carga es más alta entre los cuidadores con niveles educativos más bajos, en los que se ocupan de pacientes más jóvenes y en los que cuidan a los pacientes con más ingresos hospitalarios en los tres últimos años<sup>236</sup>. Es muy importante destacar que son las cuidadoras las que, a menudo, sufren un riesgo mayor de desarrollar un trastorno mental, como puede ser la depresión<sup>235</sup>. La depresión también se da más comúnmente entre los cuidadores de personas con trastornos neurodegenerativos (como por ejemplo, la demencia) y en aquellos que viven solos<sup>237</sup>. Cuanto mayor sea la carga, mayor será el riesgo de desarrollar síntomas depresivos<sup>230</sup>. En resumen, cuidar a una persona mayor (aquejada de demencia, por ejemplo) puede ser muy estresante y las necesidades del cuidador deben ser identificadas y satisfechas cuanto antes<sup>238</sup>.

### Principios que funcionan

- Constituir un grupo de presión a nivel nacional para las personas cuidadoras no profesionales que represente sus intereses en el ámbito político.
- Apoyarlas con recursos y programas basados en la comunidad (como los grupos de autoayuda para cuidadores, por ejemplo) y que abarquen a la familia por entero en sus planteamientos.
- Proporcionarles formación sobre el desarrollo y el manejo de los trastornos mentales.
- Proporcionar apoyo económico y legal para las personas cuidadoras, los servicios comunitarios, la promoción de la salud de sus pacientes y de la suya propia.

En un futuro próximo, los sistemas de atención a la salud que dependen de las personas cuidadoras no profesionales deberían concentrarse en los principios que funcionan. Los cuidadores, especialmente los no profesionales, se enfrentan a un alto riesgo de enfermar a causa de la carga que tienen que sobrellevar. Y el tratamiento de los síntomas que nacen de sus funciones como cuidadores origina el incremento de los costes. Por consiguiente, se necesitan con urgencia medidas de promoción y prevención de la salud para los cuidadores. Hay una importante necesidad incrementar los apoyos a los familiares<sup>236</sup>.

La situación de los cuidadores tiene que mejorar en más de un aspecto. En algunos países de la UE ha funcionado la constitución de grupos de presión para los cuidadores, en la representación de sus intereses a nivel político y para llamar la atención sobre sus «condiciones» de trabajo.

Unos servicios de apoyo (como los servicios ambulatorios, la atención comunitaria y los programas de respiro), que sean asequibles para todas las familias de todos los estratos sociales, son la mejor opción para que las familias puedan cuidar de sus parientes y reciban una ayuda adicional de fuera de su propio entorno familiar.

El tiempo empleado en cuidar a un familiar se podría acumular también a los años de jubilación (como de hecho ya ocurre con el de la crianza y el cuidado de los hijos). Las personas cuidadoras no profesionales sufren menos estrés si los servicios de apoyo están fi-

nanciados suficientemente y se produce la integración de los servicios, particularmente entre servicios de salud y los sociales<sup>238</sup>.

En el futuro, tiene que tener lugar una inversión en la formación, teniendo en mente para su elaboración los modelos que ya están funcionando. Los estudios muestran que las intervenciones educativas incrementan el nivel de conocimiento de los cuidadores<sup>239</sup>, pero hay menos evidencias de que reduzcan la carga del cuidador<sup>240</sup>. Se recomienda el suministro de información que sea clara, accesible y relevante, por medio de programas educacionales o de capacitación. El entrenamiento debería ayudar a los cuidadores a reconocer los trastornos mentales en aquellos a quienes cuidan, y también a manejarlos<sup>231</sup>. Por otra parte, las personas cuidadoras no profesionales deberían aprender a mejorar su propia conducta física, mental y social<sup>232</sup>, así como también su propia manera de tratar con las circunstancias de su trabajo, el sentido de control sobre la situación y el autocontrol<sup>233 235 239</sup>. Las acciones enfocadas a las necesidades de los cuidadores y el asesoramiento sobre estilos de sobrellevar el trabajo, muestran resultados positivos<sup>235</sup>.

Las intervenciones que abarcan a la familia por entero se han descrito como el mejor apoyo para los cuidadores de las personas mayores. Incluyen terapia y orientación familiar, las cuales mejoran la conducta del paciente, las relaciones familiares y reducen la carga del cuidador<sup>228</sup>.

El papel del apoyo mutuo y de los grupos de autoayuda también es de interés, puesto que les aportan información, asesoramiento y participación en actividades sociales. Los aspectos positivos de la participación en los grupos incluyen compartir experiencias, apoyo emocional, ayudar a los cuidadores a manejar su situación actual dentro de la familia y a desarrollar una perspectiva más positiva para el futuro<sup>228</sup>.

Cuando las personas cuidadoras no profesionales tienen la posibilidad de disfrutar de breves períodos de descanso, se hacen evidentes sus efectos positivos sobre su salud<sup>228</sup>. Los foros en Internet y las líneas de ayuda telefónicas son medidas adicionales que cumplen una función de apoyo y deben estar disponibles<sup>228</sup>. Muestran una influencia positiva en

los síntomas de depresión, el estrés y el peso de la responsabilidad, la satisfacción general ante la vida y el uso efectivo por los cuidadores del apoyo social.

### Programas y políticas para la acción

- Proporcionar reconocimiento oficial, apoyo económico y beneficios de la seguridad social a las personas cuidadoras no profesionales (incluyendo a los cónyuges, a los hermanos y hermanas y a los cuidadores mayores). Incluir ayudas concretas para aquellos que no puedan trabajar por sus responsabilidades como cuidador, que incluyan compensaciones económicas y derechos de pensión. Debe prestarse una especial consideración a las mujeres mayores como cuidadoras.
- Proporcionarles medidas de protección de su salud mental como las siguientes:
  - ✓ Programas de respiro, horarios flexibles y jornadas reducidas en el trabajo.
  - ✓ Apoyo psicológico (redes sociales, apoyo de sus coetáneos y autoayuda).
- Proporcionarles formación con horarios flexibles, supervisión y ayuda profesional, que incluyan:
  - ✓ Herramientas para evaluar las necesidades para la salud mental de los propios cuidadores.
  - ✓ Planes de formación orientados a los procedimientos para promover la salud mental en las personas mayores y para prevenir los trastornos mentales.
  - ✓ Visitas domiciliarias y comunicación constante entre ellos y los profesionales, incluyendo la evaluación del estado de salud, de las condiciones de seguridad y de los dispositivos técnicos de asistencia.

#### Cuadro 46: Promoción de la Salud de los Cuidadores no profesionales

(<http://www.hauskrankenpflege.at>)

El proyecto se desarrolló en dos fases principales. En la primera fase, los participantes, que no eran necesariamente personas mayores, recibieron formación sobre un concepto de nuevo desarrollo (cualificación interdisciplinaria y en el puesto de trabajo, 160 horas). En total, se entrenaron a 42 personas, 39 de las cuales obtuvieron un resultado

positivo. En la segunda fase, los participantes funcionaron como consultores de salud para los en 24 regiones de Austria. La oferta era gratuita, pero se restringía a un máximo de cuatro consultas por persona (incluidas las consultas en grupo). El proyecto de Promoción de la Salud de las Cuidadores no profesionales contiene el concepto innovador de cubrir sus necesidades. El servicio es de fácil acceso para todos. Los 39 consultores entrenados, pertenecientes a diferentes profesiones, implantaron el servicio en 24 distritos de Austria con 7 entornos distintos (por teléfono, con charlas públicas, grupos de autoayuda, consultas de grupo e individuales y también consultas a domicilio donde era posible). El proyecto tuvo una gran aceptación en la Cruz Roja Austríaca y contó también para su afianzamiento con el alto grado de compromiso de los consultores.

#### **Cuadro 47: Edinburg Young Carers' Project (EYCP) [Proyecto para Jóvenes Cuidadores de Edimburgo]**

(<http://www.youngcarers.org.uk/index.php>)

El Proyecto EYCP es una organización de voluntarios que trabaja con y en el nombre de los cuidadores jóvenes de toda la región de Edimburgo. El proyecto trabaja con las personas, de edades entre 5 y 25 años, que cuidan o se ven afectados por la situación de alguien de su casa, generalmente un hermano o hermana o uno de los padres. La persona a la que cuidan puede sufrir problemas mentales, discapacidad, enfermedades crónicas o el consumo abusivo del alcohol o las drogas. La misión del proyecto es mejorar las vidas de los cuidadores jóvenes mediante la ayuda, la información, el entrenamiento, trabajando en colaboración con otras agencias y promoviendo la inclusión social. El propósito es suministrar servicios (como ayuda, información, oportunidades), promover el desarrollo (incrementar la conciencia de sus necesidades, proporcionar capacitación a las agencias y a los profesionales, desarrollar partenariados para afrontar las necesidades de los cuidadores jóvenes y para apoyar la investigación y aportar información) e influir en las políticas y en la práctica (para promocionar los derechos y las necesidades de los cuidadores jóvenes).

#### **Cuadro 48: Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older Persons' Needs (ACTION)**

##### **[Ayuda a los Cuidadores mediante Intervenciones Telemáticas para satisfacer las Necesidades de los Mayores]**

([http://www.dinf.ne.jp/doc/english/Us\\_EU/conf/tide98/57/magnusson\\_daly.html](http://www.dinf.ne.jp/doc/english/Us_EU/conf/tide98/57/magnusson_daly.html))

ACTION es un proyecto europeo de 36 meses de duración que pretende aumentar la autonomía, independencia y calidad de vida de los mayores con salud delicada y discapacidades, y de sus cuidadores familiares, aportándoles mejor información, asesoramiento y ayuda a domicilio. Esto será posible combinando intervenciones ya conocidas con las modernas tecnologías de información y comunicación.

El objetivo principal del proyecto es el empoderamiento de los cuidadores familiares. Tanto ellos como los profesionales participan en todas las etapas del desarrollo y proceso de toma de decisiones, para asegurarse de que el proyecto sea dirigido por y para el usuario y sea fácil de usar. El proyecto es un intento de exploración, de forma intercultural, de la invisibilidad de los cuidados familiares, y de los problemas relacionados con ella. Está apoyado y financiado, de manera sustancial, por la Comisión Europea DGXIII, Programa de Aplicaciones Telemáticas, Sector de Personas con discapacidad y mayores. La intención de este estudio es dar una visión general del proyecto completo, poniendo el énfasis sobre las necesidades de los usuarios y sobre los programas relacionados con las habilidades para afrontar las situaciones, intervenciones de urgencia, información financiera y apoyo económico para los cuidadores familiares.

## Listado de buenas prácticas y cuadros de políticas

---

**Cuadro 1:** Senempower

**Cuadro 2:** La promoción de la salud de las personas mayores en los entornos urbanos (Plan60).

**Cuadro 3:** Envejecimiento saludable y activo en Radevormwald. Proyecto de demostración de la OMS.

**Cuadro 4:** Silver Song Club – Sing for your life [Canta por tu vida].

**Cuadro 5:** Del aislamiento a la inclusión (i2i) - La reincorporación de los mayores en situación de aislamiento a la vida comunitaria.

**Cuadro 6:** Sustainable Learning In the Community (SLIC) [Aprendizaje sostenible en la comunidad].

**Cuadro 7:** Grupos de experiencia.

**Cuadro 8:** Senior European Volunteers Exchange Network (SEVEN) [Red de intercambio de Voluntarios Mayores de Europa].

**Cuadro 9:** Thematic Network for Adapted Physical Activity (THENAPA) [Red Temática de la Actividad Física Adaptada].

**Cuadro 10:** Iniciativa Walking the Way to Health [Camina por tu salud].

**Cuadro 11:** Calidad de vida en la vejez. (LIMA)

**Cuadro 11 [bis]:** Programa Big!Move

**Cuadro 12:** Nutrición saludable para las personas mayores.

**Cuadro 13:** Proyecto Delicious Life [Vida Deliciosa].

**Cuadro 14:** Proyecto elDeRly-friEndly alarm handling MonitoriNG [Monitorización y alarmas para los mayores de fácil manejo] (Dreaming).

**Cuadro 15:** Programa conjunto Ambient Assisted Living (AAL) [Vida en un entorno asistido].

**Cuadro 16:** Día Europeo del vecino.

**Cuadro 17:** Envejecer bien con independencia y autonomía en los entornos urbanos (sALTo).

**Cuadro 18:** Proyecto de hermanamiento temático de las ciudades bajo el lema de las necesidades de las personas mayores.

**Cuadro 19:** Posibilidades de desarrollo territorial bajo el prisma de la decadencia. (HINTERLAND).

**Cuadro 20:** Proyecto Demographic Change, Urban Mobility and Public Space de Eurocities [Cambio demográfico, Movilidad urbana y Espacios Públicos].

**Cuadro 21:** Red QeC-ERAN (Quartiers en Crise – European Regeneration Area's Network [Barrios en Crisis – Red de Regeneración de Áreas Europeas]).

**Cuadro 22:** Campamentos intergeneracionales.

**Cuadro 23:** Aprender con las personas mayores.

**Cuadro 24:** Planes de jubilación del NHS en Reino Unido.

**Cuadro 25:** Proyecto MATURE@eu.

**Cuadro 26:** Proyecto PATRON.

**Cuadro 27:** Programa de prevención escalonada.

**Cuadro 28:** Programa Pearls [Perlas].

**Cuadro 29:** Aging Well [Envejecer bien].

**Cuadro 30:** Programa educacional para adultos mayores con artritis (EEUU).

**Cuadro 31:** Screening and treatment [Observación y tratamiento].

**Cuadro 32:** Estudio PROSPECT – EEUU.

**Cuadro 33:** Proyecto IMPACT – EEUU.

**Cuadro 34:** Telehelp/Telecheck – Italia

**Cuadro 35:** Proyecto VINTAGE (UE)

**Cuadro 36:** Buddy care for homosexual elderly people – Pink Buddies [Apoyo para las personas mayores homosexuales- Amigos Rosas].

**Cuadro 37:** Grupo de Autoayuda para Hombres Homosexuales Mayores de 50 años.

**Cuadro 38:** Active Aging! [Envejecimiento Activo] La Inversión en la salud de los mayores.

**Cuadro 39:** Active Aging of Migrants Elder across Europe [Envejecimiento activo de inmigrantes mayores en toda Europa] (AAMEE).

**Cuadro 40:** La inmigración como recurso social en lugar de motivo de temor.

**Cuadro 41:** Rompiendo el tabú: El empoderamiento de los profesionales de los servicios sociales y de salud para combatir la violencia contra las mujeres mayores en el ámbito familiar.

**Cuadro 42:** Programas PROSPECT de capacitación.

**Cuadro 43:** Partnership for Older People [Coordinación a favor de los mayores] (POPP).

**Cuadro 44:** El NSF del Reino Unido.

**Cuadro 45:** Residencia Sunny Dale.

**Cuadro 46:** Promoción de la Salud de los Cuidadores no profesionales.

**Cuadro 47:** Edinburg Young Carers' Project (EYCP). [Proyecto para Jóvenes Cuidadores de Edimburgo]

**Cuadro 48:** Assisting Carers using Telematics Interventions to meet Older persons' Needs (ACTION) [Ayuda a los Cuidadores, mediante Intervenciones Telemáticas, para satisfacer las Necesidades de los Mayores].



## Referencias bibliográficas

---

- 1 Lee, M. (2006). Promoting mental health and wellbeing in later life. London: Age Concern and Mental Health Foundation.
- 2 EC. (2005). Green Paper «Confronting demographic change: a new solidarity between the generations». Retrieved 9.3.2010, from <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0094:FIN:EN:PDF>
- 3 European Social Network. (2007). Long-term Care for Older People. Statistical background 1: dependency projections in an ageing Europe.
- 4 Tomassini, C., Glaser, K., Wolf, D. A., Broese van Groenou, M. I., & Grundy, E. (2004). Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA Population trends. *Population Trends*, 115, 24-34.
- 5 Luppá, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly: A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31-38.
- 6 Stengard, E. (2009). A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing: Older Peoples Residences: ProMenPol Project.
- 7 Cattan, M. (2006). Introduction. In M. Cattan & S. Tilford (Eds.), *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach* (pp. 1-8). Berkshire: Open University Press.
- 8 Lehtinen, V. (2008). Building up good mental health. Jyväskylä: STAKES.
- 9 Ploubidis, G. B., & Grundy, E. (2009). Later-life mental health in Europe: a country-level comparison. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(5), 666-676.
- 10 EUROFOUND. (2010). EurLife Database. Retrieved 12.3.2010, from <http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityoflife/eurlife/index.php>
- 11 EC. (2004). The State of Mental Health in the European Union. Brussels: European Commission.
- 12 Bair, M. J., Robinson, R. L., & Katon, W. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445.
- 13 Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., & Bruffaerts, R. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 185-193.
- 14 ILC. (2006). UK and The Merck Company Foundation. The State of ageing and health in the EU: International Longevity Centre.
- 15 Alzheimer Europe. (2006). Dementia in Europe. Yearbook. Luxembourg.
- 16 Rimmer, E., Wojciechowska, M., Stave, C., Sganga, A., & O'Connell, B. (2005). Implications of the Facing Dementia Survey for the general population, patients and caregivers across Europe. *International Journal of Clinical Practice*, 146(Suppl), 17-24.
- 17 Vernooij-Dassen, M. J., Moniz-Cook, E. D., Woods, R. T., De Lepeleire, J., Leuschner, A., Zanetti, O., et al. (2005). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 377-386.
- 18 EC. (2007). The social situation in the European Union 2005-2006. The Balance between Generations in an Ageing Europe. Retrieved 11.3.2010, from [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/ssr2005\\_2006\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/ssr2005_2006_en.pdf)

- 19 Eurobarometer. (2007). Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer, Field-work: May – June 2007. Publication: December 2007 - Special Eurobarometer 283/Wave 67.3 - TNS Opinion & Social.
- 20 Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 795-801.
- 21 Wills, W., & Soliman, A. (2001). Understanding the needs of the family carers of people with dementia. *Mental Health Review*, 6, 25-28.
- 22 Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 43-51.
- 23 Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- 24 Mullins, L. C., & McNicholas, N. (1987). Loneliness Among the Elderly: Issues and Considerations for Professionals in Aging Gerontology & Geriatrics Education, 7(1), 55-66.
- 25 Bowling, A. P., Edelman, R. J., Leaver, J., & Hoekel, T. (1989). Loneliness, mobility, well-being and social support in a sample of over 85 year olds. *Personality and Individual Differences*, 10(11), 1189-1192.
- 26 Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social Networks and Health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429.
- 27 Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 65- 71.
- 28 Young, A. F., Russell, A., & Powers, J. R. (2004). The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well being in older women? *Social Science & Medicine*, 59, 2627-2637.
- 29 Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*, 56, 259-269.
- 30 Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., et al. (1997). A Social Model for Health Promotion for an Aging Population: Initial Evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health*, 81(1), 64- 78.
- 31 Field, J. (2006). *Learning Transitions in the Adult Life Course: agency, identity and social capital*. Stirling: Institute of Education, University of Stirling.
- 32 EC. (2007). *Aktionsplan Erwachsenenbildung. Zum Lernen ist es nie zu spät*. Brüssel: Europäische Kommission.
- 33 Kolland, F., Ahmadi, P., Benda-Kahri, S., Kranzl, V., & Neururer, M. (2007). *Lernbedürfnisse und lernarrangements von älteren Menschen*. Wien: Büro für Sozialtechnologie und Evaluationsforschung, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.
- 34 Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J., & Brown, P. (Eds.). (2008). *Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People*. Vienna: Austrian Red Cross.
- 35 Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25, 41- 67.
- 36 More-Hollerweger, E., & Rameder, P. (2009). *Freiwilliges Engagement und ältere Menschen*. In E. More-Hollerweger & A. Heimgartner (Eds.), 1. *BERICHT ZUM FREIWILLIGEN ENGAGEMENT IN ÖSTERREICH* (pp. 120-136). Wien: Institut für interdisziplinäre Nonprofit Forschung an der Wirtschaftsuniversität Wien (NPO-Institut).

- 37 Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., et al. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 323, 1-9.
- 38 Hendriksen, C., Lund, E., & Stromgard, E. (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 289, 1522- 1524.
- 39 Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. R. (2006). The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531-569.
- 40 Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark. Why, how, by whom, and when? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(4), 209-216.
- 41 Knesebeck, O. v. d., David, K., Bill, P., & Hikl, R. (2006). Aktives Altern und Lebensqualität. Evaluationsergebnisse eines WHODemonstrationsprojektes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 82-89.
- 42 WHO. (2002). Active Ageing. A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) (27. 02. 2010). Geneva: World Health Organization.
- 43 Reinprecht, C., Donat, L., & Kienzl-Plochberger, K. (2005). Aktiv ins Alter! Forschungsbericht. Ergebnisse der Begleitforschung. WHO-Projekt «Investition in die Gesundheit älterer Menschen». Wien: Institut für Soziologie der Universität Wien.
- 44 Hikl, R., & Bill, P. (2005). Aktives Altern in Radevormwald. Investitionen für die Gesundheit älterer Menschen. Ein Demonstrationsprojekt der WHO in Zusammenarbeit mit den Johanniter Einrichtungen, Radevormwald, Stadt Radevormwald, Gesundheitsamt Kreis Gummersbach und Partnerorganisationen. Abschlussbericht, Ergebnisse und Perspektiven, Anregungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Kleinstadt. <http://www.aktiv55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf> (25.2.2010).
- 45 Pabst, B., Purner, I., Rappauer, A., Grundböck, A., Oberzaucher, N., Stadler-Vida, M., et al. (2006). Plan60 - Abschlussbericht des Modellprojekts Plan60 - Gesundheitsförderung für Ältere im urbanen Setting. [http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Modellprojekte/Gesamtbericht\\_Endversion.pdf](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Modellprojekte/Gesamtbericht_Endversion.pdf) (3.3.2010). Vienna: Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes.
- 46 Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., et al. (2004). A Social Model for Health Promotion for an Aging Population: Initial Evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(1), 64-78.
- 47 WHO. (2002). Active Ageing. A Policy Framework. Geneva: World Health Organization. 48 Williamson, C. (2009). Dietary factors and depression in older people. *British Journal of Community Nursing*, 14(10), 424-426.
- Falta 48
- 49 Williamson, T. (Ed.). (2009). Older people's mental health today: a handbook. Brighton: Mental Health Foundation, OLM-Pavilion.
- 50 Platform, M. a. P. H. (2009). Bridging the gap between mental and physical health.
- 51 EuroHealthNet. (2006). Healthy Ageing – A Challenge for Europe: The Swedish National Institute of Public Health.
- 52 Barry, M. M., Van Lente, E., M., M., Morgan, K., McGee, H., Conroy, R. M., et al. (2009). Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in Ireland. Mental Health and Social Well-being Report. Dublin: The Stationery Office.

- 53 NHS. (2004). Mental health and well-being in later life: older people's perceptions. Edinburgh: NHS National Health Scotland
- 54 Everad, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B., & Baum, M. C. (2000). Relationship of Activity and Social Support to the Functional Health of Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B(4), S208-S212.
- 55 Campbell, M. K., Hudson, M. A., Resnicow, K., Blakeney, N., Paxton, A., & Baskin, M. (2007). Church-Based Health Promotion Interventions. Evidence and Lessons Learned. *The Annual Review of Public Health*, 28, 213-234.
- 56 Cattan, M., & Tilford, S. (Eds.). (2006). *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach*. Berkshire: Open University Press.
- 57 Allmer, H. (2005). Physical Activity and Cognitive Functioning in Aging. *Journal of Public Health*, 13(4), 185-188.
- 58 Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 411-418.
- 59 Saxer-Novotny. (2009). Bewegung beugt Depressionen vor. *Der Standard online-Ausgabe*.
- 60 Nijs, K., de Graaf, C., Kok, F. J., & van Staveren, W. A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.38825.401181.7C, 1-5.
- 61 Freeman, M. P. (2010). Nutrition and Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 244-247.
- 62 Flicker, L., Lautenschlager, N. T., & Almeida, O. P. (2006). Healthy mental ageing. *Menopause International*, 12(3), 92-96.
- 63 Hallgren, M., Högberg, P., & Andréasson, S. (2009). Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues. Expert Conference on Alcohol and Health, 21–22 September 2009, Stockholm, Sweden: Swedish National Institute of Public Health on behalf of The Ministry of Health and Social Affairs in Sweden.
- 64 Lee, M. (2006). *Promoting mental health and wellbeing in later life*. London: Age Concern, Mental Health Foundation.
- 65 Alcohol Concern. (2008). *Mental Health Statistics: Alcohol and Mental Health Statistics*. Retrieved 9.3.2010, from [http://www.alcoholconcern.org.uk/files/20030905\\_112741\\_Statistics%20on%20Alcohol%20and%20Mental%20Health.pdf](http://www.alcoholconcern.org.uk/files/20030905_112741_Statistics%20on%20Alcohol%20and%20Mental%20Health.pdf)
- 66 Nutbeam, D., & Harris, E. (2008). *Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories* (2 ed.). Sydney: McGraw-Hill.
- 67 Stewart-Brown, S. (2005). Interpersonal relationships and the origins of mental health. *Journal of Public Mental Health*, 4(1), 24-28.
- 68 Lee, M. (2007). *Improving services and support for older people with mental health problems*. London: Age Concern.
- 69 Ihlenfeldt, D. (2006). *Neues Wohnen im Alter: Analyse und Systematisierung möglicher Wohnformen in der Nachberufs- bzw. Nachfamilienphase*. Magisterarbeit an der Universität Augsburg, Augsburg.
- 70 Tinker, A. (1997). The environment of ageing. *The Royal Society*, 352, 1861-1869.
- 71 Wild, M. (2009). Public Health als Handlungsfeld für die Pflege – immer schon – und jetzt umso mehr! Laut gedacht. *Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte*. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, 1-10.

- 72 Körtner, U. H. J. (2004). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas.
- 73 Lavin, T., Higgins, C., Metcalfe, O., & Jordan, A. (2006). Health Impacts of the Built Environment. A Review. Dublin: Institute of Public Health in Ireland.
- 74 Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (Eds.). (2007). Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care. Berkshire: World Health Organization, McGraw Hill, Open University Press.
- 75 Abraham, A., Sommerhalder, K., Bolliger-Salzman, H., & Abel, T. (2007). Landschaft und Gesundheit: Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte. Bern: Universität Bern – Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung Gesundheitsforschung.
- 76 Lehtinen, V. (2008). Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge: Monitoring Mental Health Environments, STAKES.
- 77 Behörde für Umwelt und Gesundheit. (2004). Freiraum und Mobilität für ältere Menschen in der Stadt: Fachforum Umwelt und Gesundheit. Dokumentation der Tagung vom 22. September 2003. Hamburg: Behörde für Umwelt und Gesundheit.
- 78 Van Bilsen, P. (2007). Care for the elderly. An exploration of perceived needs, demands and service use. Maastricht: Elsevier.
- 79 Age Concern. (2008). Housing choices in retirement. Helping you make the right move. London: Age Concern.
- 80 Mihalko, S. L., & Wickley, K. L. (2003). Active Living for Assisted Living. Promoting Partnerships Within a Systems Framework. American Journal of Preventive Medicine, 25(3Sii), 193-203.
- 81 Savage, S., Butterworth, I., Bailey, S., Eade, A., & Leslie, E. (2006). Improving health outcomes forelderly people in a regional and rural environment: Deakin University and Department of Human Services (Barwon-South Western Region) Partnership.
- 82 Maderthaner, R. (1995). Soziale Faktoren urbaner Lebensqualität. In A. Keul (Ed.), Wohlbefinden in der Stadt (pp. 172-197).
- 83 Tudor, K. (1996). Mental Health Promotion. Paradigms and Practice. London, New York: Routledge.
- 84 Day, R. (2008). Local Urban Environments and the Wellbeing of Older People. Glasgow, Birmingham: University of Glasgow, University of Birmingham, Scottish Centre for Research on Social Justice.
- 85 Messent, P. (2002). Health inequalities: Acheson recommendations (1998) and policies of the London Borough of Barking and Dagenham: Public Health Directorate, Barking and Havering Health Authority.
- 86 Navarro, A., Voetsch, K., Liburd, L., Bezold, C., & Rhea, M. (2006). Recommendations for future efforts in community health promotion. Report of the National Expert Panel on Community Health Promotion.
- 87 Lindeboom, M., Portrait, F., & van den Berg, G. J. (2001). An Econometric Analysis of the Mental- Health Effects of Major Events in the Life of Elderly Individuals (Discussion Paper No. 398): IZA Institut for the Study of Labor.
- 88 AGE. (2009). How to promote Ageing Well in Europe: Instruments and tools available to local and regional actors.
- 89 Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. Ageing & Society, 26, 105-134.
- 90 Donahue, P. J. D. (2006). Retirement reconceptualized: forced retirement and its relationship to health. Dissertation Abstracts International, 67(7), 2750.
- 91 Tesch-Römer, C. (2006). Produktivität im Alter. GGW, 1(6).

- 92 Fried, L. P., Freedman, M., Endres, T. E., & Wasik, B. (1997). Building Communities That Promote Successful Aging. *Successful Aging*, 167, 216-219.
- 93 Resch, K., Kellner, W., Lehner, E., & Hagauer, S. (2008). Realizing new potential for learning and engagement of older people. Overview of existing material and consultations with older learners. National Report Austria. Vienna: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Ring Österreichischer Bildungswerke.
- 94 Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of Volunteering on the Well-Being of Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58 B(3), 137-145.
- 95 Van Willigen, M. (2000). Differential Benefits of Volunteering Across the Life Course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B(5), 308-318.
- 96 Amann, A., & Ehgartner, G. (2007). Projekt Produktivität und Ressourcen des Alter(n)s in Österreich. St. Pölten: Zentrum für Alternswissenschaften, Gesundheits- und Sozialpolitikforschung.
- 97 Mental Health Foundation of New Zealand. (2007). *Older Workers. Issues, Expectations and Looking to the Future*. Auckland.
- 98 Siegrist, J., Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Jürgens, H., & Börsch-Supan, A. (2006). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees-baseline results from the SHARE Study. *European Journal of Public Health*, 17(1), 62-68.
- 99 NHS. (2007). *Retirement Policy: Bournemouth and Poole, Primary Care Trust*.
- 100 NHS. (2010). Flexible retirement and the NHS Pension Scheme. Retrieved 18.3.2010, from <http://www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/Flexible%20retirement%20and%20the%20NHS%20Pension%20Scheme%20ORA290110.pdf>
- 101 Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., de Beurs, E., W., G. S., & van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 20-27.
- 102 Cole, M. G., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1182-1189.
- 103 Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 227-236.
- 104 Cole, M. G., & Yaffe, M. J. (1996). Pathway to psychiatric care of the elderly with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 157-161.
- 105 EC. (2004). *The State of Mental Health in the European Union: European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General*.
- 106 Beekman, A. T., Bremmer, M. A., Deeg, D. J., van Balkom, A. J., Smit, J. H., & de Beurs, E. (1998). Anxiety disorders in later life: A report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(717-726).
- 107 Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- 108 Licht-Strunk, E., Windt, D. A. v. d., van Marwijk, H. W., de Haan, M., & T., B. A. (2007). The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Family Practice*, 24, 168-180.
- 109 Schuurmans, J., Comijs, H. C., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., Emmelkamp, P. G. M., et al. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(6), 420-428.



- 110 de Beurs, E., Beekman, A. T., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29(3), 583-593.
- 111 Wells, K. B., & Burman, M. A. (1991). Caring for depression in America: lessons learned from early findings of the Medical Outcomes Study. *Psychiatric Medicine*, 9, 503-519.
- 112 von Korff, M., Ormel, J., Katon, W., & Lin, E. H. (1992). Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 91-100.
- 113 Steffens, D. C. (2009). A multiplicity of approaches to characterize geriatric depression and its outcomes. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 522- 526.
- 114 Thomas, A. J., & O'Brien, J. T. (2006). Mood disorders in the elderly. *Psychiatry*, 5, 4. 115 Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156.
- 116 Smits, F., Smits, N., Schoevers, R. A., Deeg, D. J., Beekman, A. T., & Cuijpers, P. (2008). An Epidemiological Approach to Depression Prevention in Old Age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6), 444-453.
- 117 Vink, D., Aartsena, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106, 29-44.
- 118 Smits, F., Ederveen, A., Cuijpers, P., Deeg, D. J., & Beekman, A. T. (2006). Opportunities for costeffective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 290-296.
- 119 Yeates, C., & Thompson, C. (2008). Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333-356.
- 120 Alexopoulos, G. S., Buckwalter, K., Olin, J., Martinez, R., Wainscott, C., & Krishnan, K. R. (2002). Comorbidity of late-life depression: an opportunity for research in mechanisms and treatment. *Biological Psychiatry*, 52, 543-558.
- 121 Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30, 369-380.
- 122 Prince, M. J., Harwood, R. H., Thomas, A. J., & Mann, A. H. (1998). A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and the maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project. VII. *Psychological Medicine*, 28, 337-350.
- 123 Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. T. (2008). Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.
- 124 Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51, 267-275.
- 125 Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475-482.
- 126 Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care Research and Review*, 40, 395-404.
- 127 Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952.

- 128 Godlove, M. C., Challis, D., Sutcliffe, C., Bagley, H., Burns, A., Huxley, P., et al. (2000). Psychiatric symptomatology in elderly people admitted to nursing and residential homes. *Ageing and Mental Health* 4(2), 136-141.
- 129 Parmelee, P. A., Katz, I. I., & Lawton, M. P. (1992). Incidence of depression in long-term care settings. *J. Gerontol*, 47(6), M189-196.
- 130 Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T., Kluiters, H., van Tilburg, W., et al. (2003). Depression among older nursing home patients: a review. *Tijdschr Gerontol. Geriatr*, 34, 52-59.
- 131 Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83(135-142).
- 132 Charney, D. S., Reynolds, C. F., Lewis, L., & et al. (2003). Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of General Psychiatry*, 60, 664-672.
- 133 Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a metaanalysis. *The Lancet*, 374(9690), 609-619.
- 134 DoH. (2001). National Service Framework for Older People. Retrieved 7.3.2010, from [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4003066](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066)
- 135 Nierenberg, A. A. (2001). Current perspectives on the diagnosis and treatment of major depressive disorder. *American Journal of Managed Care*, 7(11), S353-366.
- 136 Haight, B. K., Michel, Y., & Hendrix, S. (1998). Life review: preventing despair in newly relocated nursing home residents short- and long-term effects. *International Journal of Aging and Human Development*, 47, 119-142.
- 137 Andrews, G., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. M. (2000). Using epidemiological data to model efficiency in reducing the burden of depression. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(4), 175-186.
- 138 Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2005). Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), 119-125.
- 139 Waern, M. (2002). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 249-254.
- 140 Brennan, P., Schutte, K., & Moos, R. (2004). Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and nonproblem drinkers. *Addiction*, 100, 777-786.
- 141 Hallgren, M., Hogberg, P., & Andreasson, S. (2009). Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues. Background report commissioned by the Swedish Ministry of Health and Social Affairs for discussion at the EU Expert Conference on Alcohol and Health, 21.22 September 2009, Stockholm, organised by the Swedish Presidency.
- 142 Gossop, M. (2008). Substance use among older adults: a neglected problem. «Drugs in focus” - Briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Number 18.
- 143 Eurobarometer. (2007). Special Eurobarometer 272b. Attitudes towards Alcohol. Retrieved 7.3.2010, from [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/ebs272\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf)
- 144 Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 127- 135.

- 145 O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people . re-defining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664-667.
- 146 Ruitenberg, A., van Swieten, J. C., Witteman, J. C., Mehta, K. M., van Duijn, C. M., Hofman, A., et al. (2002). Alcohol consumption and risk for dementia: The Rotterdam study. *The Lancet*, 359, 281-286.
- 147 Mukamal, K. J., Kuller, H. L., Fitzpatrick, A. L., Longstreth, W. T., Middleman, M. A., & Siscovick, D. S. (2003). Prospective study of alcohol dementia and risk of dementia in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1405-1413.
- 148 Chan, J., Draper, B., & Banerjee, S. (2007). Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 720-732.
- 149 Waern, M. (2003). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 249-254.
- 150 Beautrais, A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 32(1), 1-9.
- 151 Mitty, E., & Flores, S. (2008). Suicide in late life. *Geriatric Nursing*, 29(3), 160-165.
- 152 Bijl, D., van Marwijk, H. W., De Haan, M., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. (2004). Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *European Journal of General Practice*, 10, 6-12.
- 153 Bijl, D., van Marwijk, H. W. J., F., B. A. T., de Haan, M., & Van Tilburg, W. (2003). A randomized controlled trial to improve the recognition, diagnosis and treatment of major depression in elderly people in general practice: design, first results and feasibility of the West Friesland Study. *Primary Care Psychiatry*, 8, 135-140.
- 154 USPSTF. (2009). Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 784-792.
- 155 Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSMIV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 858-865.
- 156 Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: a selfreport depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- 157 Schoevers, R. A., Smit, F., Deeg, D. J., & et al. (2006). Prevention of Late-Life Depression in Primary Care: Do We Know Where to Begin? *American Journal of Psychiatry*, 163, 1611-1621.
- 158 Cuijpers, P., Smit, F., & van Straten, A. (2007). Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 434-441.
- 159 Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2004). The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1019-1025.
- 160 Cole, M. G. (2005). Evidence-based review of risk factors for geriatric depression and brief preventive interventions. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 785-803.
- 161 Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Arch Gen Psychiatry*. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- 162 Gilden, J. L., Hendryx, M. S., Clar, S., & et al. (1992). Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients. *Journal of Geriatrics Society*, 40, 147-150.
- 163 Philips, R. S. C. (2000). Preventing depression: a program for African American elders with chronic pain. *Family & Community Health*, 22, 57-65.

- 164 Rovner, B. W., Casten, R. J., Hegel, M. T., & et al. (2007). Preventing depression in age-related macular degeneration. *Archives of General Psychiatry*, 64, 886-892.
- 165 Willemse, G. R. W. M., Smit, F., Cuijpers, P., & et al. (2004). Minimal-contact psychotherapy for subthreshold depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 185, 416-421.
- 166 Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A metaanalysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300.
- 167 Wilson, K., Mottram, P. G., & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(1. Art. No.: CD004853).
- 168 McEvoy, P., & Barnes, P. (2007). Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 233- 238.
- 169 Wagner, E., Austin, B., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74, 511-544.
- 170 Wagner, E., Davis, C., Schaefer, J., & Austin, B. (2002). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature. *Managed Care Quarterly*, 16, 67-80.
- 171 Cattán, M. (2010). Personal communication on ongoing research.
- 172 NHS. (2005). Everybody's business: Integrated mental health services guide. Retrieved 12.3.2010, from <http://kc.csip.org.uk/upload/everybodysbusiness.pdf>
- 173 DoH. (2001). National Service Framework for Older People: Executive summary. Retrieved 7.3.2010, from [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4058295.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058295.pdf)
- 174 O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people . re-defining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664-667.
- 175 Wahlbeck, K., & Awolin, M. (2009). Background paper to the European Commission Thematic Conference «Preventing Depression and Suicide . Making it Happen». Retrieved 12.3.2010, from [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/depression\\_background\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/depression_background_en.pdf)
- 176 Pearson, J. L., & Brown, G. K. (2000). Suicide prevention in late life: Directions for science and practice. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 685- 705.
- 177 Oyama, H., Watanabe, N., Ono, Y., Sakashita, T., Takenoshita, Y., Taguchi, M., et al. (2005). Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(3), 337-344.
- 178 Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., et al. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 297-304.
- 179 Berks, J., & McCormick, R. (2008). Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 20(6), 1090-1130.
- 180 Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F. I., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(9), 1081- 1091.
- 181 DeLeo, D., Dello, B. M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.
- 182 VINTAGE. (2010). The VINTAGE project. Good Helath into Older Age. Retrieved 7.3.2010, from <http://www.epicentro.iss.it/vintage/project.asp>

- 183 Delor, F., & Huber, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medicine*, 50, 1557-1570.
- 184 NHS. (1997). Mental health promotion in high risk groups. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Effective Health Care*, 1997(3), 1- 12.
- 185 Aday, L. A. (1994). Health Status of Vulnerable Populations. *Annual Review of Public Health*, 15, 487-509.
- 186 Wolff, P. (2010). 17 % of EU citizens were at-risk-of-poverty in 2008. *eurostat - statistics in focus*, 9, 1-8.
- 187 Zaidi, A. (2006). Poverty of Elderly People in EU25. Policy Brief August 2006: European Centre for Social Welfare, Policy and Research.
- 188 Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8),609-615.
- 189 Penhale, B. (2006). Elder Abuse in Europe: An Overview of Recent Developments. *Journal of Elder Abuse & neglect*, 18(1), 107-116.
- 190 WHO. (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: World Health Organization.
- 191 Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinkova, E., Carpenter, G. I., & Livingston, G. (2006). Indicators of Elder Abuse: A Crossnational Comparison of Psychiatric Morbidity and Other Determinants in the AD-HOC Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(6), 489-497.
- 192 Homer, A. C., & Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Journal of Nursing*, 301(6765), 1359.1362.
- 193 Gorgen, T., Herbst, S., & Rabold, S. (2009). Jenseits der Kriminalitätsstatistik: Befunde einer bundesweiten Opferwerdungsbefragung. In T. Gorgen (Ed.), *Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zur Gefährdung alterer und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- 194 Hirsch, R. D., & Brendebach, C. (1999). Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der «Bonner HsMStudie». *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32(6), 449-455.
- 195 O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., et al. (2007). UK Study of Abuse and Neglect of Older People. Prevalence Survey Report. London: King's College London (KCL) and National Centre for Social Research (NatCen).
- 196 Patel, V. (2005). Poverty, gender and mental health promotion in a global society. *IUHPE - Promotion & Education*(Supplement 2), 26-29.
- 197 Kelleher, P., & O'Connor, M. (1995). Making the Links: Towards an Integrated Strategy for the Elimination of Violence against Women in Intimate Relationships with Men. Dublin: Women's Aid.
- 198 Wetzels, P. (1995). Über die Nutzung von Opferhilfeeinrichtungen - Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Opferbefragung. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- 199 Vasquez, C., & Munoz, M. (2001). Homelessness, Mental Health, and Stressful Life Events. *International Journal of Mental Health*, 30(3), 6-25.
- 200 Stergiopoulos, V., & Herrmann, N. (2003). Old and Homeless: A Review and Survey of Older Adults Who Use Shelters in an Urban Setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(6), 374-380.
- 201 Avramov, D. (1995). Homelessness in the European Union. Social and legal context of housing exclusion in the 1990s. Brussels: FEANTSA.
- 202 Barak, Y., & Cohen, A. (2003). Characterizing the elderly homeless: a 10-year study in Israel. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37, 147- 155.

- 203 Vasileva, K. (2009). Citizens of European countries account for the majority of the foreign population in EU-27 in 2008.  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-09-094/EN/KS-SF-09-094-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-094/EN/KS-SF-09-094-EN.PDF)  
(3.3.2010). Eurostat - statistics in focus(94), 1-8.
- 204 Allebeck, S. E. (2001). Migration, ageing and mental health: an ethnographic study on perceptions of life satisfaction, anxiety and depression in older somali men in east London. *International Journal of Social Welfare*, 10, 309-320.
- 205 Shah, A., Lindsay, J., & Dennis, M. (2009). Comparison of elderly suicide rates among migrants in England and Wales with their country of origin. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 292-299.
- 206 Butler, S. S. (2006). Older gays, lesbians, bisexuals, and transgender persons. In B. Berkman (Ed.), *Handbook of social work in health and aging* (pp. 273-281). Oxford, New York: Oxford University Press.
- 207 King, M., & McKeown, E. (2003). Mental health and social wellbeing of gay men, lesbians and bisexuals in England and Wales. A summary of findings. London: Mind - National Association for Mental Health.
- 208 Sowden, A. J., Tilford, S., Delaney, F., Vogels, M., Gilbody, S., & Sheldon, T. A. (1997). Mental health promotion in high risk groups. *Quality in Health Care*, 1997(6), 219-225.
- 209 MHE. (2009). Poverty and mental health: A human rights issue (30.09.2009), European Parliament, Brussels.
- 210 Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Programme.
- 211 WHO. (2005). *Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung alterer Menschen*.  
[http://www.soz.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/inst\\_soziologie/Reinprecht5.pdf](http://www.soz.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_soziologie/Reinprecht5.pdf)  
(25. 02. 2010). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- 212 Healthcare Commission. (2009). Equality in later life. A national study of older people's mental health services. London: Commission for Healthcare Audit and Inspection.
- 213 Gilliard, J. (2009). Integrating health and social care. In T. Williamson (Ed.), *Older people's mental health today: a handbook* (pp. 129-139). Brighthon: OLMPavilion/ Mental Health Foundation.
- 214 Care Service Improvement Partnership (CSIP). (2005). *Everybody's business. Integrated mental health services for older adults: a service development guide*. Leeds: Department of Health.
- 215 Nies, H. (2008). *Integrated care for older people. Is it happening in practice?* Utrecht: Netherlands Centre of Expertise for Long-Term Care.
- 216 Tulloch, A. J. (2005). Effectiveness of preventive care programmes in the elderly. *Age and Ageing* 2005, 34, 203-204.
- 217 Bartels, S. (2004). Caring for the whole person: integrated health care for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. *Journal of the American Geriatric Society*, 12/2004(52), 249- 257.
- 218 Weil, B. (2009). *Grundlagenpapier «Psychische Gesundheit»: Public Health Schweiz*. 219 Bramesfeld, A. (2003). Service provision for elderly depressed persons and political and professional awareness for this subject: A comparison of six European countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 392-401.
- 220 Morris, J., Beaumont, D., & Oliver, D. (2006). Decent health care for older people. Good, respectful NHS care for older people is still too patchy. *British Medical Journal*, 2006 May 20(332), 1166-1168.
- 221 Stuck, A., Egger, M., Hammer, A., Minder, C., & Beck, J. (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *Systematic Review and Meta-regression Analysis*. *JAMA*, 287(8), 1022-1028.



- 222 Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., & Gafni, A. (2006). The Effectiveness and Efficiency of Home- Based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531-569.
- 223 van Haastregt, J. C., Diederiks, J. P., van Rossum, E., de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal*, 320(7237), 754-748.
- 224 Lingard, J., & Milne, A. (2004). Integrating older people's mental health services: community mental health teams for older people: a commentary and resource document. London: Great Britain, Department of Health.
- 225 Windle, K., Wagland, R., Forder, J., D'Amico, F., Janssen, D., & Wistow, G. (2009). National Evaluation of Partnerships for Older People Projects: Final Report. Kent, London, Manchester: Personal Social Service Research Unit (PSSRU).
- 226 Windle, K., Wagland, R., Forder, J., D'Amico, F., Janssen, D., & Wistow, G. (2010). The National Evaluation of Partnerships for Older People Projects: Executive Summary. Kent: Personal Social Service Research Unit (PSSRU).
- 227 Jones, H., & Wilding, S. (2009). A Slovenian model of integrated care for older people can offer solutions for NHS services. *Nursing Times*, 12(105), 49-50.
- 228 Arksey, H. (2003). Scoping the field: services for carers of people with mental health problems. *Health and Social Care in the Community*, 11(4), 335-344.
- 229 Geister, C. (2004). Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bern: Hans Huber.
- 230 Sherwood, P. R., Given, C. W., Given, B. A., & von Eye, A. (2005). Caregiver Burden and Depressive Symptoms: Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly patients. *Journal of Aging and Health*, 17(2), 125-147.
- 231 Wimo, A., von Strauss, E., Nordberg, G., Sassi, F., & Johansson, L. (2002). Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy*, 61, 255-268.
- 232 O'Connell, B., Bailey, S., & Walker, A. (2003). Promoting the health and well being of older carers: A proactive strategy. *Australian Health Review*, 26(2), 78-86.
- 233 Low, J. T. S., Payne, S., & Roderick, P. (1999). The impact of stroke on informal carers: a literature review. *Social Science & Medicine*, 49, 711-725.
- 234 Cree, V. E. (2003). Worries and problems of young carers: issues for mental health. *Child and Family Social Work*, 8, 301-309.
- 235 Parks, S. H., & Pilisuk, M. (1991). Caregiver Burden: Gender and the Psychological Costs of Caregiving. *American Journal of Orthopsychiatrics*, 61(4), 501-509.
- 236 Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 899-904.
- 237 Livingston, G., Manela, M., & Katona, C. (1996). Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *British Medical Journal*, 312, 153-156.
- 238 Bruns, A., Denning, T., & Baldwin, R. (2001). Care of older people. Mental health problems. *British Medical Journal*, 322, 789-791.
- 239 Chambers, M., & Ryan, A. A. (2001). Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 99-106.
- 240 Braithwaite, V., & McGown, A. (1993). Caregivers' emotional well-being and their capacity to learn about stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 195-202.

## OTROS NÚMEROS DE ESTE BOLETÍN

0. Las percepciones sociales sobre las personas mayores. Actitudes. Recomendaciones de la Royal Commission on Long Term Care del Reino Unido. Normativa. Proyectos.
1. El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo. El nuevo Plan español de I+D y el envejecimiento.
2. Dependencia y atención sociosanitaria.
3. La soledad de las personas mayores.
4. y 5. La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento: Salud y envejecimiento. Un documento para el debate.
6. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.
7. Naciones Unidas y envejecimiento.
8. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2002.
9. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España.
10. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia.
11. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas.
12. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados.
13. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.
14. Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
15. Proporcionar una Asistencia Sanitaria y Social integrada a las Personas Mayores: Perspectiva Europea.
16. Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania.
17. Participación de las personas mayores europeas en el trabajo de voluntariado.
18. y 19. Redes y programas europeos de investigación.
20. Las consecuencias del envejecimiento de la población.
21. Envejecer en el Siglo XXI.
22. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2005.
23. La situación de los Sistemas de Formación y Cualificación en la atención a los mayores dependientes.
24. Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética.
25. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): Su situación actual.
26. Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual.
27. Uso del tiempo entre las personas mayores.
28. La atención a las personas mayores en situación de dependencia en su último período de vida. Retos y apuntes para una reflexión del Estado.
29. Redes y Programas Europeos de Investigación.
30. El proyecto SHARE: la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación de Europa.
31. Maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario.
32. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2007.
33. Prejubilación y desvinculación laboral después de los 50 años.
34. Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevas propuestas.
35. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores.
36. Evaluación de modelos de alojamiento para personas mayores al final de la vida.
37. Documentos internacionales. Envejecimiento de la población europea: la felicidad, la protección de la dignidad y el envejecimiento saludable.
38. Percepción en niños y adolescentes de las personas mayores.
39. Proyecto red mundial de ciudades amigables con personas mayores.
40. Edadismo en Estados Unidos.
41. Desarrollo de políticas sobre envejecimiento en Suecia.
42. Necesidades de vivienda y atención de las personas mayores en las áreas rurales de Inglaterra.
43. Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2009.
44. Envejecimiento activo de las personas mayores inmigrantes. Buenas prácticas en Europa.
45. «Cerca de Ti»: interviniendo con las personas mayores para paliar su soledad.

## **Observatorio de Personas Mayores**

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación  
Avda. de la Ilustración, s/n c/v a Ginzó de Limia, 58  
28029 MADRID

Tlfno: +34 917 033 526

Fax: +34 917 033 595

E-mail: [opm@imserso.es](mailto:opm@imserso.es)

**VISITE PORTAL MAYORES: <http://www.imsersomayores.csic.es>**