

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN PERSONAS MAYORES

TRABAJO DE FIN DE GRADO
JULIO, 2021

Titulación: Grado en Trabajo Social

Director: Antonio Arquímedes Fernández Valdés.

Alumnas:

Yanira Soledad Hernández Luis

Alba Rodríguez Palmero

ÍNDICE.

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN PERSONAS MAYORES.....	1
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN:	2
JUSTIFICACIÓN.	3
CAPÍTULO I. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	8
1.1 OBJETIVOS	9
1.1.1 Objetivo General.	9
1.1.2 Objetivos Específicos.	9
1.2 METODOLOGÍA.	9
CAPITULO II. FUNDAMENTACIONES TEÓRICAS.....	11
2.1 Consideraciones al concepto de envejecimiento.	12
2.2 Dimensiones que afectan el envejecimiento en la sociedad:.....	14
2.3 Cómo afecta el envejecimiento en personas con discapacidad:	20
2.4 Cómo afecta el envejecimiento a personas con enfermedad mental:	23
2.5 Paradigmas y teorías sobre el envejecimiento.....	26
2.5.1 Paradigma tradicional.....	27
2.5.2 Nuevo Paradigma.	29
2.5.3 Paradigmas en salud y enfermedad mental.	31
2.5.4 Modelo Calidad de Vida.	36
CAPITULO III. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	43
3.1 DISCUSIÓN:	44
3.2 Conclusión.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

RESUMEN.

El objetivo principal de este trabajo de fin de grado ha sido realizar una investigación acerca del envejecimiento activo en personas mayores de 60 años con algún problema de salud mental relacionado con la consecuencia de la soledad no deseada y cómo ha afectado la pandemia del COVID – 19. En la actualidad la sociedad ha experimentado un descenso de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida de los ciudadanos por lo que somos una sociedad envejecida. Hemos realizado una revisión bibliográfica para comprobar el tema principal que se ha centrado en el concepto de envejecimiento activo como forma de obtener una mejor calidad de vida, a lo largo de este hemos visto los beneficios como las consecuencias de no disponer de un envejecimiento adecuado y cómo se han visto afectados el colectivo que nos atañe debido a la pandemia del COVID – 19.

ABSTRACT.

The main objective of final undergraduate project has been research on active aging in people over 60 years of age with a mental health problem related to the consequence of loneliness and how it has affected the COVID-19 pandemic. At present, society has experienced a decrease in the birth rate and an increase in the life expectancy of citizens, so we are an aging society. We have carried out a bibliographic review to verify the main issue that has focused on the concept of active aging as a way to obtain a better quality of life, throughout the work we have seen the benefits as well as the consequences of not having adequate aging and how the group that concerns us has been affected due to the COVID - 19 pandemic.

Palabras claves

Salud mental, envejecimiento activo, soledad, personas mayores, Covid – 19

Mental Health, active aging, loneliness, old person, Covid- 19

INTRODUCCIÓN:

En el presente trabajo de Fin de Grado, constituye una revisión teórica sobre el abordaje del envejecimiento activo ligado a la consecuencia de la soledad no deseada en personas mayores de 60 años que presentan algún problema en salud mental y cómo afecta este proceso tras el Covid19.

Se hace referencia a la consideración que existe en la sociedad sobre el envejecimiento, la vejez y sobre las propias personas mayores. Por un lado, desde el paradigma tradicional, se considera a las personas mayores como una carga social por el gasto en pensiones, recursos sanitarios y sociales, entre otros. En contraposición con la concepción en el nuevo paradigma que subraya la autonomía de las personas mayores incidiendo en que la mayoría mantienen su capacidad funcional y aportan diversos beneficios a la sociedad. Por otro lado, los paradigmas y teorías en salud y enfermedad mental haciendo un recorrido histórico del colectivo. Así como, el nuevo modelo de calidad de vida destinado a las estrategias empleadas en el marco europeo para mejorar la autonomía personal y calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

Finalmente, cabe destacar, que la estructuración de este trabajo de fin de grado se organiza en diversos apartados. Se inicia con el resumen/ abstract, las palabras clave y la justificación. En primer lugar, se organiza el contenido del trabajo en tres capítulos. En el primer capítulo se exponen los objetivos que se persiguen y la metodología que se ha llevado a cabo para su desarrollo. En el segundo capítulo se recopila la fundamentación teórica, que a su vez se divide en cinco subapartados. Y en el tercer y último capítulo se

recogen la discusión y las conclusiones. Por último, se añaden las referencias bibliográficas de las fuentes que han sido consultadas para la elaboración de este trabajo.

JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo relaciona los temas de envejecimiento activo ligado a la consecuencia de la soledad no deseada en personas mayores de 60 años que presentan algún problema en salud mental y cómo afecta este proceso tras el Covid19. La elección de estos temas ha tenido una motivación de carácter personal y profesional.

Con relación a nuestra motivación personal, consideramos importante conocer en profundidad las características del proceso de envejecimiento, ya que éste debe ser satisfactorio y debe llevarse a cabo de manera activa.

Este envejecimiento activo constituye la base de la solidaridad entre las generaciones — un objetivo de la Unión Europea consagrado en el artículo 3 del Tratado de Lisboa, significa que las personas mayores pueden hacerse cargo de sus propias vidas y aportar su contribución a la sociedad— y permite que se pueda hacer más por los mayores que dependan especialmente de la ayuda de los demás (INJUVE, 2012)

Desde la Unión Europea se entiende que los ciudadanos europeos con 60, 70 u 80 años tienen un lugar importante en la sociedad y que el envejecimiento activo ayuda a cada una de las personas mayores y a la sociedad en su conjunto. Pues tiene por objeto concienciar acerca del envejecimiento activo, especialmente en los ámbitos del empleo, la participación en la sociedad y la vida independiente de las personas mayores (INJUVE,2012)

Por otra parte, La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 definió el concepto de envejecimiento activo al proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuo de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida. Se basa en el reconocimiento de los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato, en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

En segundo lugar, aludiendo a nuestra motivación profesional, cabe destacar que en la actualidad el envejecimiento de la población está aumentando en nuestra sociedad, la cual está ligada al descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida.

Para Rodríguez (2020), las personas mayores, en especial si están aisladas y tienen algún deterioro cognitivo o demencia, pueden volverse más ansiosas, enojadas, estresadas, agitadas y retraídas durante el brote o mientras están en cuarentena. A estas personas se les debe proporcionar apoyo práctico y emocional por parte de familiares, cuidadores y profesionales de la salud.

Por otra parte, también se considera un factor de riesgo comórbido en personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves (EMG). No sorprende que la ansiedad esté en niveles altos durante la pandemia, y se presenten síntomas de estrés postraumático, o se incrementen los delirios y las alucinaciones. Las formas de comunicación a distancia pueden aumentar la paranoia en ciertos pacientes, y las personas con déficit cognitivo pueden no entender la gravedad de la situación.

La OMS (2018), pone de manifiesto que la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es capaz de hacer frente a los numerosos factores de estrés de la vida,

desplegar todo su potencial, funcionar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad.

Es por ello, que la salud mental en estos tiempos se ha visto truncada por un alto índice de angustia psicológica en la población, acentuándose aún más en los grupos poblacionales más vulnerables, como son los adultos mayores, pues va de la mano de sentimientos de soledad y estrés.

The Lancet Commission on global mental health and sustainable development (2018):

Habla de que los problemas mentales se dan en un continuo que abarca desde una angustia moderada y limitada en el tiempo hasta trastornos mentales graves. La pandemia de COVID-19 influye en la posición de las personas en ese continuo. Muchas personas que en el pasado habían respondido bien a la situación son ahora menos capaces de enfrentarse a ella debido a los múltiples factores estresantes generados por la pandemia. Quienes hayan sufrido anteriormente episodios de ansiedad y angustia en algunas ocasiones pueden experimentar un aumento del número y la intensidad de esos episodios, y algunas personas han desarrollado un trastorno mental. Quienes tenían anteriormente un trastorno mental pueden experimentar un empeoramiento del trastorno y un deterioro de sus funciones (p.8).

A su vez la propia OMS en 2019, aclaraba que el aislamiento social, la escasa actividad física y la escasa estimulación intelectual aumentan el riesgo de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores.

Y es que el aislamiento social producido por dicha situación va ligado en parte a la soledad siendo un grave problema social y de salud pública. La soledad y el aislamiento social

son unos de los principales condicionantes de salud entre la población mayor 65 años. La ausencia de relaciones sociales influye en la salud con un riesgo de mortalidad comparable a factores de riesgo como el tabaquismo, la dieta o el ejercicio. Se estima que el riesgo de mortalidad aumenta un 26% en personas que se sienten solas, un 29% en las que experimentan aislamiento social y un 32% de las que viven en soledad (Quez, A & Gonzalez, A 2020).

Es por ello, que en el Informe emitido por Naciones Unidas: La covid-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental, en el año 2020; replica que,

Los adultos mayores y las personas con problemas de salud preexistentes están expuestos a un riesgo importante de sufrir complicaciones potencialmente mortales ligadas a la COVID-19. Alrededor de 8 de cada 10 fallecimientos registrados en los Estados Unidos y Alemania se dieron en personas de 65 años o más o de 70 años o más, respectivamente. Es comprensible que a muchos adultos mayores y personas con enfermedades preexistentes (por ejemplo, enfermedades de corazón o hipertensión) les preocupe mucho infectarse con el virus y no tener acceso a una atención adecuada. Algunos de ellos, incluidos los que tienen una deficiencia cognitiva, pueden tener dificultades para acceder a asesoramiento sobre prevención de infecciones y corren un riesgo mayor de aislamiento. La soledad es un importante factor de riesgo asociado a la mortalidad de adultos mayores. Además, se ha informado de que los adultos mayores son víctimas de la estigmatización y de malos tratos. Se publicó un informe de políticas de las Naciones Unidas sobre las personas de edad y la COVID-19 en el que se formularon recomendaciones relativas a formas de satisfacer las necesidades de ese grupo de población (p. 15).

Otro de los grupos preocupantes, entre otros son las mujeres, las cuales los niveles de estrés de esta población durante la pandemia aumentaron, un 66% de las mujeres declararon que padecían estrés, frente a un 34% de los hombres (Naciones Unidas, 2020).

Por último, y de forma unánime, la discriminación por edad es una realidad en las sociedades occidentales. La pandemia de COVID-19 ha acentuado la exclusión y los prejuicios contra los mayores (Quez, A & Gonzalez, A 2020).

En definitiva, la COVID-19 repercute negativamente sobre la salud mental de las personas de la población en general, y en particular, sobre los grupos poblacionales más vulnerables. La incertidumbre asociada con esta enfermedad, más el efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, pueden agravar la salud mental de la población

CAPÍTULO I. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo General.

- A. Investigar sobre el abordaje del envejecimiento de las personas mayores de 60 años, que presentan algún problema en salud mental.

1.1.2 Objetivos Específicos.

- a.1. Profundizar sobre la consecuencia de soledad y el proceso de envejecimiento activo desde un punto de vista teórico.
- a.2. Averiguar cómo ha afectado el envejecimiento activo tras pasar la pandemia mundial por Covid19.

1.2 METODOLOGÍA.

La metodología que hemos utilizado para llevar a cabo este trabajo se ha basado en realizar una revisión bibliográfica mediante el análisis exhaustivo de fuentes primarias y secundarias que abordaron el tema principal, esto nos ha permitido elaborar la justificación y el marco conceptual. Las temáticas analizadas se han enfocado en el envejecimiento activo ligado a la consecuencia de la soledad no deseada en personas mayores de 60 años que presentan algún problema en salud mental. En la actualidad se ha visto un descenso de la natalidad lo que conlleva que seamos una generación envejecida y por lo tanto que aparezcan factores relacionados con el envejecimiento y a su vez con la soledad de este colectivo. Por lo que, con este trabajo de fin de grado buscamos investigar sobre estas dos vertientes y comprobar los beneficios que conlleva un envejecimiento activo y las consecuencias de la triste soledad no deseada y después proponer una acción de intervención con el objetivo de solucionar estos aspectos.

La búsqueda del material bibliográfico la hemos realizado a través de diversos recursos. Primero se ha realizado un análisis de buscadores en líneas que nos ha proporcionado acceso a diversos recursos electrónicos como revistas, artículos, informes y base de datos. Principalmente se han consultado Dialnet, Google academic, Punto Q.

En segundo lugar, consultamos a través de la biblioteca de ciencias políticas, sociales y de la comunicación de la Universidad de La Laguna el libro blanco de trabajo social Maira Judith Contreras Santos. "Libro Blanco. Título De Grado En Trabajo Social." *Trabajo Social (Bogotá, Colombia)* 11 (2010): Trabajo Social (Bogotá, Colombia), 01 July 2010, Issue 11. Web.

Por último, consultamos dos entrevistas una realizada al Dr. José Manuel Carmona, especialista en geriatría, coordinador del Programa Municipal de Memoria y Demencias y del centro de envejecimiento saludable del ayuntamiento de Málaga y otra realizada desde el programa “Apoyo al envejecimiento activo de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo”, Hablando de la buena Vejez, la cual recoge las opiniones de treinta y cuatro personas con discapacidad, familiares y profesionales del sector. (Plena inclusión Canarias,2019).

La revisión se ha realizado en dos idiomas, castellano e inglés mediante las palabras clave como: salud mental, envejecimiento, soledad no deseada, mayores, Covid-19, beneficios del envejecimiento activo, consecuencias de la soledad. También se limitó el periodo de búsqueda entre el año 2003 a 2021.

Para nuestro trabajo de final de grado hemos consultado un total de 40 materiales, de los cuales descartamos 10 por su falta de información y la antigüedad con respecto a nuestro tema principal.

CAPITULO II.

FUNDAMENTACIONES TEÓRICAS.

2.1 Consideraciones al concepto de envejecimiento.

Castañeda (2007) define el envejecimiento como:

Un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos. Es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos) y presenta una variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo ni de la misma forma). (p. 47)

Otra explicación del concepto es la de Fernández (2008), quien lo define como un fenómeno biológico, puesto que durante su proceso, hay un declive en el funcionamiento de los sistemas biológicos y aumenta la tendencia a padecer alguna enfermedad crónica y/o aguda. Recalca que existen grandes diferencias en cada persona por lo que también habrá diferencias en cuanto al nivel de vulnerabilidad.

Para Fernández (2008) “las desigualdades tanto intrapersonales como interpersonales no son exclusivamente resultado de la edad, el organismo biológico se retroalimenta de sus condiciones culturales y psicológicas. Asimismo intervienen otros factores externos, socioculturales, económicos, ambientales, entre otros”(p.4).

Por otro lado, la definición que hacen, Silvestre, Solé, Pérez y Jodar (citado en Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009):

Un proceso caracterizado por la diversidad. Los factores que determinan dicha diversidad son: la herencia genética, el estado de salud, el estatus socioeconómico, las influencias sociales de la educación y la ocupación ejercida, las diferencias por generación y la personalidad. Es una etapa cambiante a lo largo del tiempo. (p.52)

Por ello, Secot (2001) describe el proceso de envejecimiento como un declive fisiológico, lento y progresivo con multiplicación de enfermedades. Plantea que puede hablarse de un envejecimiento “fisiológico” y otro “patológico” e incide en que envejecer no es lo mismo que enfermar. Para validar las anteriores afirmaciones realiza una clasificación de los tipos de envejecimiento:

- Por un lado, el “envejecimiento patológico”: las capacidades físicas y psíquicas de un individuo se reducen como consecuencia de las enfermedades, haciéndose progresivamente dependiente. Recalca que es la peor forma de envejecer y es la que debe intentar prevenirse.
- De otra parte, el “fisiológico o habitual”: se trata del envejecimiento de los mayores sanos, que sufren una progresiva reducción de la capacidad psicológica y física con el paso de los años en ausencia de enfermedades significativas. Esta idea provoca el declive de los distintos órganos y sistemas que llega siempre a hacer que un individuo supere el umbral de la dependencia.
- Y por último, el “envejecimiento con éxito”: donde las personas mayores se mantienen sanas con capacidades psicológicas y físicas superiores a las esperadas para su edad, y las mantiene independientes y capaces.

El concepto de envejecimiento es considerado como un concepto multidimensional que abarca la buena salud, compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales. Las condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados (parcialmente o en su conjunto) para identificar esta forma de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008).

2.2 Dimensiones que afectan el envejecimiento en la sociedad:

Los datos estadísticos nos ponen de relieve el aumento de la esperanza de vida en las personas mayores, Vicente (2011) expone que:

Desde 1960 todos los países europeos han incrementado notablemente su esperanza de vida. Ese incremento ha acelerado la proporción de mayores, factor que se une al efecto producido por la caída del número de niños. No hay consenso sobre las tendencias a muy largo plazo, pues se desconoce el límite biológico de la longevidad, el impacto de futuros descubrimientos farmacológicos o la incidencia concreta de los programas sanitarios y de salud pública. (p.36)

Al hablar de esperanza de vida en las personas mayores, debemos incidir en su incremento basándonos en Vicente (2011), el cual destaca que la principal consecuencia de estos cambios demográficos es la reestructuración de las edades hacia un proceso de envejecimiento. Postula que, por primera vez en la historia española, se ha producido una pirámide invertida de la población y hay más personas mayores (de 65 años o más), que menores (de entre 0 a 14 años). El grupo de octogenarios se ha incrementado de manera más notable que los otros grupos de edad. Por otro lado, Abellán, Ayala y Pujol (2017) confirman que “la esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los 65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea y del mundo” (p.11).

Grafica 1: Esperanza de vida al nacer por sexo, desde 1900 a 2015.

Grafica 1: *Esperanza de vida al nacer por sexo, desde 1900 a 2015.*



Fuente: INE, Anuario Estadístico de España 2004 (citado en Abellán, Ayala y Pujol, 2017)

En la gráfica 1, se aprecia que en el año 2015, las mujeres españolas presentan una esperanza de vida desde su nacimiento de 85,6 años frente a la de los hombres, que es de 80,0 años. Se percibe un notable aumento en la esperanza de vida, la cual en 1900 era de 34,8 años frente a 2015 donde se ha aumentado hasta 82,8 años.

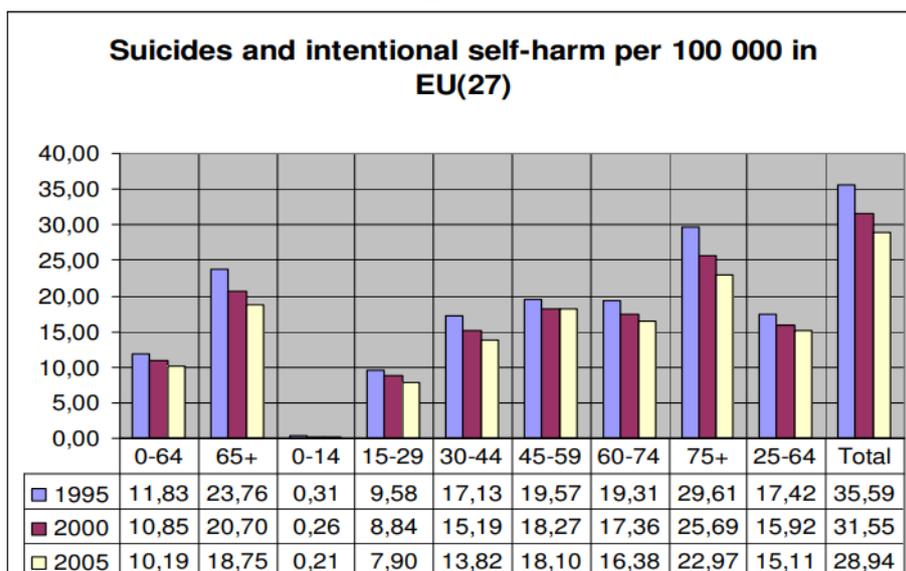
Sin embargo, la OMS (2001) establece que las personas con trastornos mentales graves tienen una esperanza de vida 20 años inferior a la media, con lo cual alguien afectado/a por este problema de salud mental, previsiblemente si es hombre viviría hasta los 61 años, y siendo mujer, hasta los 66. Por otro lado, la edad de jubilación en España actualmente se establece en los 67 años de edad, momento en el que a la población aún les quedarían 15 años de disfrute previsiblemente. Esto se traduce en que las personas afectadas por

estos problemas de salud a partir de los 41 años, sólo se espera que vivan una media de 15 años más por el gran deterioro que conlleva su enfermedad y los efectos derivados de la medicación que deben tomar de forma permanente, y por tanto, es una época en que se hace fundamental tratar el envejecimiento activo para promover una mayor calidad de vida.

A su vez Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A (2008): afirman que los trastornos mentales son la causa principal de jubilación anticipada y de pensiones de discapacidad valga como ejemplo decir que en 2002 el 40 % de las jubilaciones anticipadas en Alemania se debieron a trastornos mentales, que son la causa principal desde 1996 . Entendiendo que esto es una tendencia actual a nivel europeo, habría que añadir que el presente 2020 con la aparición de la pandemia Covid 19, ha forzado el incremento de personas con problemas de salud mental, y tomando como referencia lo expuesto en este párrafo sobre los motivos de la jubilación anticipada.

Gráfica 2: Índice neto de muertes producidas por suicidio y autolesiones intencionadas por 100.000 habitantes, no están incluidas las muertes por accidentes de intencion indeterminada.

La salud física deficitaria y las limitaciones funcionales están relacionadas con los trastornos mentales.



Fuente: Salud Mental en Personas Mayores. Mental Health in Older People. 2008.

(citado en Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A).

En la gráfica 2 podemos observar que En Europa las personas mayores son el grupo que presenta el índice más elevado de suicidios (los índices en el 2005 van del 16,38 al 22,9 por 100.000 habitantes en la UE-27, que aumenta con la edad y que alcanza la cifra más alta en los mayores 85 años).

Es por ello, que los” índices de muerte por suicidio y las autolesiones intencionadas han decrecido en la UE-27 en los últimos años. Sin embargo, se espera un aumento en cifras absolutas en las próximas décadas, como resultado del cambio demográfico que se producirá en Europa y que causará un envejecimiento de la población. Los factores de riesgo concretos en este grupo de edad incluyen los trastornos psiquiátricos – principalmente la depresión- (presentes en el 71% al 95 % de los casos de suicidios), las enfermedades crónicas y dolorosas, y la exclusión social. Los suicidios consumados son

probablemente la punta del iceberg de la angustia psicológica, y del malestar físico y social que experimentan los mayores” (p. 8).

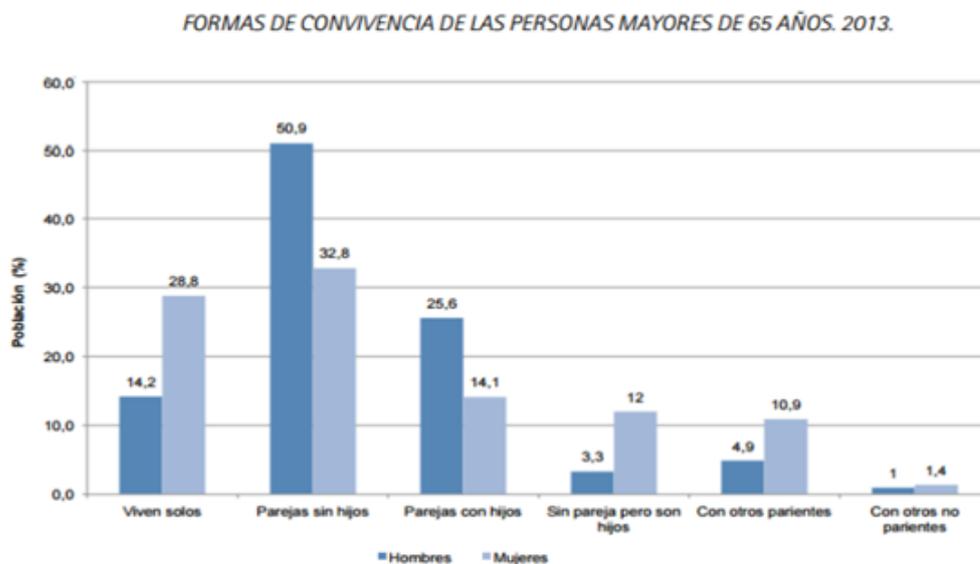
Por último, y en correlación con las dimensiones ya mencionadas anteriormente, cabe destacar que la soledad y el aislamiento social pueden afectar a diversidad de personas de diferentes edades. Según Bermejo (2003) la vejez es uno de los momentos en donde pueden aparecer de forma más fácil este sentimiento es debido a que dicha etapa conlleva una serie de pérdidas significativas a lo largo de su ciclo de vida, como son el cónyuge, el trabajo, capacidades físicas, etc. Hace 50 años, la soledad tenía escaso eco en la sociedad y había escasez de medidas políticas. Es en 1982, los autores Rubenstein y Shaver elaboran el primer manual sobre la soledad titulado *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*, donde se intenta llegar a una aproximación teórica de la soledad a raíz de cuatro perspectivas clásicas. Donde en el año 1989 Hojat y Crandall crean el segundo manual titulado *Loneliness: Theory, Research and Applications*, donde se muestra la soledad de dos formas, por un lado, desde un punto de vista más profundo y, por otro lado, desde un punto más teórico.

Robert Weiss (1983), uno de los pioneros en el estudio de la soledad, investigó los estereotipos de la soledad. Según este autor, la soledad es vista como una debilidad o flaqueza; de la cual el individuo debería ser capaz de eliminarla, al no tratarse de una dolencia de tipo físico (Yanguas, Cilveti, Hernández, Pinazo-Hernandis, Roig, y Segura, 2018). Como muestran Sagan y Miller (2017) estos estereotipos siguen presentes tanto en población general, como en personas mayores incorporando comportamientos fríos y distantes entre éstos y con el resto de la población (Yanguas et al., 2018). La soledad puede ser estudiada desde distintos ámbitos y puntos de vista, de modo que lo primero que hay que dejar claro es que cuando se habla de soledad y personas mayores se habla,

mayoritariamente, de soledad no deseada, aunque no siempre es así. La soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional (...) es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc. (Bermejo, 2003, pág. 2).

En concordancia con la idea de que las personas mayores no tienen relaciones y están aisladas y deprimidas. En el Informe 2014. Las Personas Mayores en España. Datos Estatales y por Comunidades Autónomas, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pone de manifiesto los siguientes datos en relación con las personas mayores que viven solas.

Gráfico 3: Formas de convivencia de las personas mayores de 65 años. 2013.



Fuente: INE: Encuesta Continua de hogares, 2013

En el gráfico 3, puede observarse que,

“del total de hombres y mujeres que viven en pareja, tanto si es con hijos o sin ellos, el número de hombres es más elevado que el de las mujeres; sin embargo, el número de mujeres que viven solas es algo más del doble que el de hombres (un 28,8% frente a un 14,2%). Estos datos, aunque varían los valores porcentuales, son más las mujeres que viven solas que los hombres. Podría decirse que un 28,8% de mujeres y un 14,2%, en el caso de los hombres, que viven solos, no es una cifra muy elevada; sin embargo, también es necesario destacar el hecho de que en el rango de “mayores de 65 años” hay muy diferentes edades y que “entre las personas de 85 y más años (sin considerar las que viven en residencias de mayores o instituciones similares) lo más frecuente es que vivan solas, el 34%”. Esta cifra sí es considerablemente elevada para ser el número de personas mayores de 85 años que viven en soledad. Es un número muy elevado, dado que con esa edad las capacidades físicas, psíquicas e intelectuales de las personas, pueden estar disminuidas, en mayor o menor grado, con las diferencias individuales que hemos sostenido a lo largo de toda esta Tesis Doctoral. En este sentido consideramos que el hecho de “la soledad de los mayores” no se trata de un mito sino de una realidad”. (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, SECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, IMSERSO, Las Personas Mayores en España. Datos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2014, p. 41)

2.3 Cómo afecta el envejecimiento en personas con discapacidad:

En el documento realizado por el CERMI;

El envejecimiento de las personas con discapacidad (2012). Recoge que la mayoría de los “mayores” se enfrentan a un doble reto, por un lado, el de su propio proceso de envejecimiento y a la indiferencia. Pues a las personas mayores con discapacidad se le suma un tercer obstáculo o reto, y es la propia discapacidad que, por lo general, les sitúa en desigualdad de oportunidades para poder tener las mismas oportunidades al resto de la ciudadanía (p. 12)

Teniendo en cuenta que, al envejecer, se manifiesta una segunda discapacidad, supondrá una aparición o incrementación de dependencias. Cuando se trata de enfermedades que restan autonomía, las discapacidades producidas se vienen a sumar a las ya existentes, hecho que, unido a la pérdida de capacidad de adaptación, convierte a personas de por sí frágiles en mucho más vulnerables.

Subsisten estereotipos y actitudes que consideran las necesidades de apoyo para su autonomía asociadas a la discapacidad, como un proceso inevitable, normal y natural del envejecimiento. Suponen, en este sentido, una valoración y expectativas reducidas respecto de las necesidades de habilitación y posibilidades de aprendizaje y participación social de las personas mayores con discapacidad (p. 19)

Cada individuo tiene su forma particular de envejecer a través de un proceso que tiene características personales y sociales diferentes. Esta situación se produce con independencia de que una persona llegue o no, a los 65 años, con una determinada discapacidad. Sin embargo, también es cierto que las diferentes discapacidades presentan, en muchas ocasiones, rasgos propios que configuran, para un grupo, determinados rasgos en el proceso de envejecimiento. A ello debe añadirse la necesidad de tener presente la

perspectiva de género, ya que también este constituye un elemento determinante en el proceso de envejecimiento. (p. 20).

Gráfica 4: Estimación estadística del número de personas con discapacidad, mayores de 65 años.

Estimación estadística del número de personas con discapacidad, mayores de 65 años

ENCUESTA DE DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA 2008

Población con discapacidad o limitación, según tipo de deficiencia de origen, por edad (en miles)

	<i>De 65 a 79 años</i>	<i>De 80 y más años</i>	<i>Total</i>
Def. mentales e intelectuales	152,8	247,8	400,6
Def. visuales	277,4	274,4	551,8
Def. de oído y sordera	310,8	330,9	641,7
Def. de lenguaje, habla y voz	26,3	25	51,3
Def. físicas (osteoarticulares)	525,7	444,9	970,6
Def. sistema nervioso	142,3	113,9	256,2
Deficiencias viscerales	231,5	178,3	409,8
Otras deficiencias	77,6	212,2	289,8
Total	1.744,4	1.827,4	3.571,8

Fuente: El envejecimiento de las personas con discapacidad. CERMI (2012).

En la gráfica 3, podemos observar cómo algunas deficiencias varían en número de población según la franja de edad de 65 a 79 años y de 80 o más.

Un dato destacable es el aumento de algunas deficiencias en el rango de 80 años o más, como son: las deficiencias mentales e intelectuales (23,71%); las deficiencias de oído y sordera (3,1%) y en otras deficiencias (47%).

Por el contrario, hay que señalar que tras los cambios sociodemográficos dados en las últimas décadas han tenido un impacto notable en el perfil de las personas con discapacidad en España. Los avances a nivel sociosanitario han favorecido la esperanza

de vida de este colectivo. Esto conlleva a un aumento de personas en proceso de envejecimiento con discapacidad. Así mismo, y gracias a los cambios sociales las personas que presentan una discapacidad adquieren un papel importante en la sociedad. Esta nueva realidad obliga a fomentar y promover la inclusión a través de la participación social activa junto a la práctica del ocio y tiempo libre (CERMI, 2012).

Haciendo alusión a la OMS (2007): Un entorno amigable alienta la vida independiente, el envejecimiento activo y la autonomía personal mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

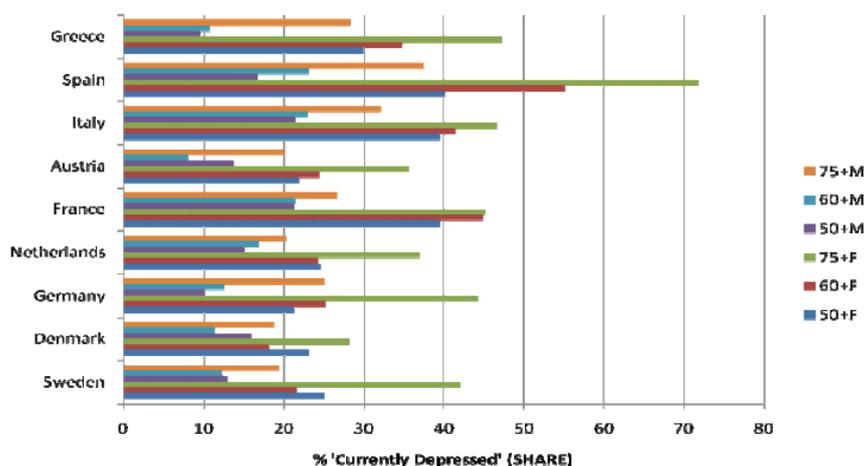
2.4 Cómo afecta el envejecimiento a personas con enfermedad mental:

Como se ha comentado, el envejecimiento es un problema prioritario de salud especialmente a las personas que padecen enfermedades mentales, concretamente al rango de edad de 60 años o más y que han sido atendidas en el marco de la reforma psiquiátrica y de la desinstitucionalización. Pues la OMS (2001), considera que las enfermedades mentales, junto con las enfermedades cardiovasculares, hipertensión y enfermedades musculoesqueléticas, son las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores.

Destaca que las enfermedades mentales y la depresión son los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre los mayores. Su presencia reduce la calidad de vida, incrementa las enfermedades físicas y acorta la vida media. La prevalencia de la enfermedad depresiva en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 10-12 % de los casos, siendo aún mayor entre personas institucionalizadas en residencias y en hospitalizados. (CERMI, 2012)

Hay ciertos grupos con más riesgo de padecer trastornos mentales, como son: mujeres que no están casadas o viven solas, personas con enfermedades físicas y personas con discapacidad. Hay que tener en cuenta, que los trastornos mentales son frecuentes en las personas mayores, siendo un obstáculo para poder disfrutar de una madurez activa y satisfactoria.

Gráfica 4: Estudio de la depresión por edad y género



Fuente: SHARE Survey (citado en Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. .2008)

En la gráfica 4, podemos ver que en general las personas mayores se sienten más insatisfechas de su vida que las personas jóvenes siendo así, una de las mayores preocupaciones de los estados miembros, donde hay una gran diferencia en el grado de satisfacción y felicidad que aunque no está claro si la prevalencia de la depresión y ansiedad aumenta o no con la edad.

El aumento de la depresión afecta a un índice de la población con más de 65 años, entre el 10% y el 15%, aunque el número puede ser mayor incluso cuando se tiene en cuenta el total de los síndromes depresivos, incluyendo la depresión subclínica.

Por otro lado, más allá de este impacto inmediato y profundo en la calidad de vida, la depresión en la población de mayores es un factor de riesgo de la discapacidad funcional, y puede anunciar una mortalidad prematura, ya que las personas con depresión son más proclives, entre dos y tres veces, a padecer dos o más enfermedades crónicas, y tienen, entre dos y seis veces, más posibilidades tener, por lo menos, una limitación en sus actividades diarias, si se compara con grupos más jóvenes. La depresión con morbilidad asociada en personas mayores aumenta también la frecuencia y el coste de la asistencia profesional y el riesgo de ingreso prematuro en residencias de ancianos (Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. 2008) (p. 7).

La demencia se define como

“la pérdida de funciones intelectuales con una gravedad suficiente que interfiere con el desenvolvimiento normal de la persona”. La enfermedad de Alzheimer (EA), es un proceso neurodegenerativo lento, el cual, hasta la fecha, ni se puede detener ni se puede evitar; y es la forma más frecuente de todos los casos de demencia (60%). La prevalencia de la enfermedad Alzheimer va desde, aproximadamente, un 2 % entre personas comprendidas entre los 65 y 69 años, a un 22 % entre personas con edades entre los 85 y los 89 años; se considera que va aumentar el número de casos a consecuencia del envejecimiento demográfico de la población, con el doble de casos en 2040 en Europa Occidental y el triple en los países Europa del Este. El número de casos de adultos jóvenes con demencia en toda la Unión Europea se desconoce. Además, los estudios de población demuestran que la mayor parte de la población no conoce bien los primeros síntomas de la enfermedad, lo cual propicia el retraso del diagnóstico. Los descubrimientos nuevos despiertan dudas acerca de la capacidad de los médicos

de atención primaria para reconocer los primeros síntomas de la Enfermedad de Alzheimer, y hay que decir que al 70 % de los médicos de atención primaria les ha sido difícil detectar los síntomas precoces de la enfermedad. El estigma y la negación de la enfermedad son factores importantes que contribuyen a un diagnóstico tardío o incompleto de la demencia, junto con los contextos culturales concretos que entran en juego (Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A .2008) (p.8)

Es preciso aclarar que en ocasiones la persona que padece trastornos mentales graves puede desarrollar paralelamente depresión, y dentro de los síntomas negativos de la enfermedad, uno que preocupa especialmente es el auto-aislamiento, que en gran medida viene dado por la estigmatización de estas enfermedades, y la pérdida de redes de apoyo que permitan su integración en la sociedad.

Otro punto a tener en cuenta es cuando se trata de soledad no deseada, las personas pueden padecer sentimientos de frustración y poca motivación que hacen que ésta requiera atención. Por ello, tras la situación actual las personas mayores, en especial si están aisladas y tienen algún deterioro cognitivo o demencia, pueden volverse más ansiosas, enojadas, estresadas, agitadas y retraídas durante el brote o mientras están en cuarentena. A estas personas se les debe suministrar apoyo práctico y emocional por parte de familiares, cuidadores y profesionales de la salud (Rodríguez J, 2020).

2.5 Paradigmas y teorías sobre el envejecimiento.

A lo largo de la historia, la vejez, el envejecimiento y las personas mayores han sido consideradas socialmente desde dos enfoques diferentes. La visión de carga social, patologizante, paternalista e infantilizadora coincide con el paradigma tradicional. En contraposición, existe otra visión, enmarcada dentro del nuevo paradigma, en la cual la

sociedad considera que las personas mayores aportan incontables beneficios, y que un alto porcentaje son autónomos e independientes para gestionar su vida.

Por otro lado, nos encontramos con las teorías existentes hacia las personas que padecen enfermedades mentales, haciendo un recorrido histórico de los conceptos con influencia negativa hacia éstas. Y por último, el nuevo Modelo de Calidad de vida, fruto de los cambios demográficos y conceptuales hacia las personas dependientes. Donde ponen de manifiesto las estrategias para mejorar la autonomía personal y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia

2.5.1 Paradigma tradicional.

La actitud social hacia las personas mayores tiende a enmarcarse dentro de este paradigma ya que impregna todos los ámbitos y aspectos de la sociedad. Según Chopra (citado en Cívicos, 2012) las generaciones han repetido inconscientemente actitudes y respuestas conductuales que han mantenido y reforzado la visión de las personas mayores hacia la deterioro, decrepitud, dependencia y enfermedad, es lo que Chopra considera como “hipnosis de condicionamiento colectivo”.

Este paradigma percibe a las personas mayores de una forma estereotipada, despectiva, infantilizadora y patologizante, y se asocia a conceptos negativos relacionados con muerte, improductividad y dependencia. Tras la jubilación, las personas mayores abandonan el ámbito laboral y por sus necesidades específicas hacen uso de recursos socio-sanitarios, entre otros. Es por esto, en gran medida, que la sociedad los percibe como una carga y con una actitud de rechazo (Cívicos, 2012).

Por otro lado, Agulló (citado en Cívicos, 2012), afirma que este paradigma se puede relacionar con la Teoría de Desvinculación, Desconexión o Desarraigo, donde las

personas mayores desean desconectar socialmente durante el envejecimiento, disminuyendo gradualmente su interés por la realización de actividades sociales de su entorno. A través de esta teoría se muestra el desarraigo de las personas mayores entendido como un proceso natural, inevitable y recíproco con la sociedad. De la misma forma, evita conflictos intergeneracionales manteniendo el orden social y causa en la persona mayor un efecto de tranquilidad y libertad.

Asimismo, Merchán y Cifuentes (2011) señalan que para algunos autores, este desarraigo lleva a las personas mayores a unas determinadas reacciones y comportamientos concretos. Entre ellos se encuentran: la disminución en la implicación de los compromisos sociales y el interés por los posibles problemas personales, la pérdida de los roles familiares y/o sociales y un distanciamiento en cuanto a las interacciones sociales. Son numerosos los autores que siguen la línea de este enfoque.

Juengst (citado en Ballesteros, 2008) señala que:

A partir de un modelo biomédico de patología, la senescencia humana conduce a todas las características de un proceso de enfermedad: los cambios crean anomalías en las células que inhiben la eficiencia funcional y resiliencia estructural de tejidos y órganos, causando discapacidades, deformidades y angustia. (p. 5).

Forcica (mencionado en Sanhuesa et al., 2005) recalca que los cambios naturales y los problemas relacionados con la salud que padecen las personas mayores se convierten en la pérdida de las capacidades funcionales.

Por último, Carbonell, Aparicio y Delgado (2009) señalan que el envejecimiento va ligado al deterioro de las cualidades físicas del ser humano, siendo una paulatina pérdida de la funcionalidad lo más significativo del proceso de envejecimiento.

2.5.2 Nuevo Paradigma.

En contraposición, este paradigma, recalca que la sociedad percibe a las personas mayores con aceptación y enfatiza tanto en su autonomía e independencia como en los beneficios que aportan socialmente. Mediante fuentes estadísticas se pone de manifiesto que entre el 70% y el 80% mantienen sus capacidades funcionales, siendo autónomos e independientes para desarrollar todos los aspectos de su vida. Adoptan nuevas funciones y roles sociales que benefician a la sociedad. Desde esta visión, el envejecimiento es un hecho inherente y natural en la evolución del ser humano, por lo que la sociedad tiene una actitud de aceptación ante este proceso (Cívicos, 2012).

Además, Cívicos (2012) añade, que las personas mayores hacen una aportación positiva en todos los ámbitos de la sociedad. Enumerando alguno de los incontables ejemplos se encuentran, en el ámbito familiar el brindar afecto, apoyo financiero y cuidados a otras personas o en el ámbito económico participar en el desarrollo de la economía y generar puestos de empleo relacionados con sus necesidades o intereses específicos.

De esta manera, Agulló (citado en Cívicos, 2012) relaciona este enfoque con la Teoría de la Actividad o del Envejecimiento exitoso, la cual asume que el proceso de envejecimiento en general y el de jubilación en particular, serán más exitosos si se mantiene la capacidad de permanecer activo. Lo que ayudará también en la confrontación de determinados procesos de enfermedad. Esta teoría supone un contrapunto a la Teoría

de la Desvinculación o Desarraigo, mencionada anteriormente. Las premisas fundamentales que defiende esta teoría son:

- El nivel de actividad o inactividad está influido por los anteriores estilos de vida y por factores socioeconómicos.
- La mayor parte de los mayores siguen manteniendo niveles bastante constantes de actividad.
- Para lograr un envejecimiento con éxito es necesario mantener y/o aumentar, determinados niveles de actividad en las distintas áreas, como son la física, mental y social. Por último, para dejar de actuar repitiendo los patrones conductuales heredados que se enmarcan dentro del paradigma tradicional, la conciencia social e individual, se debe suprimir esa imagen estigmatizada de las personas mayores, para llegar a una mayor integración e inclusión donde se fomente los estilos de vida saludables (Cívicos, 2012).

Tabla 1:

Esquema resumen acerca de los paradigmas.

	Paradigma Tradicional	Nuevo Paradigma
La sociedad los percibe	<ul style="list-style-type: none"> • De forma peyorativo, estereotipada e infantilizadora • Con rechazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Conscientes de que aproximadamente el 70% son autónomos y funcionalmente independientes • Con aceptación
Se asocia a conceptos relaciones con:	La proximidad de la muerte, la improductividad, la enfermedad, la dependencia, la soledad y la inactividad	El hecho natural en la evolución humana
Socialmente supone	<ul style="list-style-type: none"> • Un coste económico • Improductividad laboral 	Adopción de nuevas funciones y roles que aportan en todos los ámbitos
Teorías representativas	Teoría de la <i>Desvinculación, desconexión o desarraigo</i>	Teoría de la <i>Actividad o del envejecimiento exitoso</i>

Fuente: Elaboración a partir de Cívicos (2012), Fernández (2008), International Social Security Association (2002), Sanhueza, Castro y Escobar (2005), Carbonell, Aparicio y Delgado (2009).

2.5.3 Paradigmas en salud y enfermedad mental.

Al hablar de salud mental necesariamente hay que referirse a enfermedad mental, y es así como inicialmente se realizará una mirada a la concepción que ha tenido el hombre de ella. Por miles de años, los seres humanos han tratado de explicarse y controlar los comportamientos anormales, pero los intentos siempre se derivan de las teorías o modelos de conductas populares de la época. El propósito de tales paradigmas consiste en explicar por qué alguien “actúa de determinada forma”.

Desde la antigua Grecia, a la mente se le ha llamado alma o psique y se consideraba separada del cuerpo. Si bien muchos han pensado que la mente puede influir en el cuerpo y, a su vez, éste puede influir en la mente, la mayoría de los filósofos buscaban las causas de la conducta anormal en una u otra. Esta escisión dio lugar a las tradiciones de pensamiento sobre el comportamiento anormal, resumidas como: Tradición sobrenatural, biológica y psicológica (Barlow & Durand, 2001) (citado en Mebarak M et al. 2009)

En la tradición biológica, los trastornos se atribuyen a enfermedades o a desequilibrios químicos. El médico Hipócrates (460-377a.C.), considerado el padre de la medicina moderna, puso en entredicho, entre otras, la creencia de que la epilepsia era una enfermedad divina o sagrada, atribuyendo tal creencia a quienes la temían y no la entendían (Barlow & Durand, 2001) (citado en Mebarak M et al. 2009)

En la tradición psicológica, la conducta anormal se le atribuye a un desarrollo psicológico imperfecto y al contexto social. Durante la primera mitad del siglo XVIII hubo una aproximación psicosocial a los trastornos mentales, llamada terapia moral. El término moral en realidad significaba “emocional” o “psicológico”, relacionado en mayor medida con un código de comportamientos. Sus principios básicos comprendían en tratar a los pacientes internados en la forma más natural posible en un medio que motivara y fortaleciera la interacción social normal, lo que les proporcionaba muchas oportunidades de contacto social e interpersonal apropiados. Se cultivó cuidadosamente las relaciones, y la atención individual se concentró claramente en las consecuencias positivas de las interacciones y el comportamiento apropiados. Si bien los principios de esta terapia moral se remontaban a tiempos de Platón o anteriores, esta técnica se originó como sistema con el conocido psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826). (Davison & Neale, 2002; Barlow & Durand, 2001) (citado en Mebarak M et al. 2009)

En el siglo XX surgen escuelas de pensamiento muy diferentes. El primer método importante fue el psicoanálisis, basado en la elaboración teórica de Sigmund Freud (1856-1939) sobre la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta. La segunda fue el conductismo, asociada a John B. Watson, Iván Pavlov y B. F Skinner, quienes se concentraron en la forma en que influye el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo de la psicopatología.

De forma resumida podemos decir que las tendencias teóricas en salud mental están marcadas en un contexto histórico, que de manera esquemática se pueden resumir en teorizaciones: a) Ligadas a la clínica, b) basadas en el análisis psicopatológico, c) de la psiquiatría dinámica, d) provenientes de la neurobiología, neuroquímica, estudios endocrinos y metabólicos, e) a partir de intervenciones comunitarias e institucionales. (Galende, 1994) (citado en Mebarak M et al. 2009)

Tabla 2:

Esquema resumen acerca de los paradigmas en salud y enfermedad mental.

Época/ año surge	Contexto soci ocultural	Influencias teóricas	Autores relevantes	Concepto	Denominación

<p>Antigua Grecia</p>	<p>La mayoría de los filósofos buscaban causas de la conducta anormal.</p>	<p>Tradición sobrenatural, biológica y psicológica</p> <p>Modelo sobrenatural</p>	<p>Barlow & Duran</p>	<p>Se consideraban divinidades, demonios, espíritus o algún otro fenómeno</p>	<p>Se les diagnóstica una enfermedad mental, en aquellos tiempos se les trataba como a individuos perversos y se les castigaba por sus pecados</p>
	<p>se atribuyen a enfermedades o a desequilibrios químicos</p>	<p>Tradición biológica</p>	<p>Hipócrates (460-377 a.C)</p>	<p>Los trastornos psicológicos se podían tratar como cualquier otra enfermedad.</p>	<p>Se hacían perforaciones de cráneo, para prensar o cortar las fibras nerviosas en su trayectoria</p>

<p>Siglo XVIII</p>	<p>tratar a los pacientes internados en la forma más natural posible en un medio adecuado</p>	<p>Tradición psicológica Terapia moral</p>	<p>Platón Philippe Pinel</p>	<p>Se concentró en las consecuencias positivas de las interacciones y comportamientos apropiados mediante el contacto social e interpersonal.</p>	<p>Se les trataba como delincuentes comunes y se les encerraba en prisiones o en “torres para locos”, “casa para locos” o “asilos para lunáticos</p>
<p>Siglo XX</p>	<p>Surgen escuelas de pensamientos diferentes</p>	<p>1° método psicoanálisis (estructura de la mente) 2° método conductismo</p>	<p>Sigmund Freud John B. Watson; Pavlov & Skinner</p>	<p>Los tratamientos sobrenaturales comprenden el exorcismo.</p>	<p>Perturbados no se comportan como personas normales, durante siglos se les consideró inhumanos y se les sometió a abusos horribles.</p>

Fuente: *Elaboración propia a partir de Mebarak M, De Castro A, Salamanca M & Quintero M (2009): Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud.*

2.5.4 Modelo Calidad de Vida.

Estrategias para mejorar la autonomía personal y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia

A lo largo de la historia los cambios en la comprensión de las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad han sido numerosos.

Han cambiado los paradigmas y los modelos que se utilizaban en los sistemas de atención antiguamente hasta pasar del concepto de beneficencia a una concepción basada en los derechos, participación e inclusión

De la explicación anterior encontramos dos nuevos paradigmas con el objetivo de promover el bienestar de las personas con discapacidad:

- Paradigma de calidad de vida
- Paradigma de apoyos

A continuación, hablaremos de la importancia del concepto de calidad de vida, ofrece una noción más sensibilizadora centrada en los individuos a modo de guía y un constructo social que ofrece la opción de evaluar las dimensiones principales de calidad de vida y sus indicadores (Schalock y Verdugo,2002/2003) (*ARARTEKO, 2009*).

Este concepto puede ser utilizado con varios objetivos:

- Evaluación objetiva de las necesidades de las personas y sus niveles subjetivos de satisfacción

- Evaluación de los resultados de los programas, estrategias y actividades dirigidas a la mejora de la calidad llevadas a cabo por los servicios humanos y sociales

- Recogida de información relevante que sirve de dirección y guía para la provisión de servicios

- Planificación y formulación de políticas dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas con o sin discapacidad

La definición y concepción de calidad de vida es un proceso complejo que abarca desde enfoques unidimensionales a los multidimensionales, en la actualidad se ve claramente que es un constructo complejo que acoge diferentes aspectos de la vida de una persona y los diversos factores que la componen.

Este concepto más que definir el término es preferible acordar las dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad (Schalock y Verdugo, 2002/2003):

- La calidad de vida se compone de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas las personas

- La calidad de vida se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando se tienen la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes

- La calidad de vida tiene componentes subjetivos y objetivos, pero es fundamental la percepción del individuo la refleja la calidad de que experimenta

- La calidad de vida se basa en las necesidades, las elecciones y control individual
- La calidad de vida es un constructo multidimensional influido por factores personales y ambientales, como relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, lugar de residencia, la vivienda, la salud, nivel de vida y el estado de la propia nación.

En el ámbito de la discapacidad podemos encontrar varios modelos que han tenido relevancia. Nosotros nos centraremos en dos, concretamente el modelo de Felce y Perry y el modelo de Schalock y Verdugo.

Modelo de Felce y Perry

En este modelo se obtuvieron una serie de indicadores que se agruparon en cinco, bienestar físico, material, social, emocional, desarrollo y actividad.

Los autores proponen un modelo tripartito que consta de la descripción y evaluación de las condiciones de vida, las aspiraciones y los valores personales, las relaciones de estos tres aspectos determinan la calidad de vida de una persona.

“(…) Calidad de vida es definida como un bienestar general, el cual comprende tanto descriptores objetivos como subjetivos del bienestar físico, material, social y emocional, junto con el alcance que tiene el desarrollo personal y el desarrollo de actividades, todo ello ponderado por un conjunto de valores personales”. (Felce y Perry, 1995 (p. 60) (ARARTEKO, 2009).

Modelo de Schalock y Verdugo

Este modelo sigue la misma línea que el anterior, la propuesta conceptual es similar, pero la diferencia que encontramos es que este modelo se basa también en los principios de conceptualización, medida y aplicación (Schalock,2005; Verdugo et al. 2005).

Estos autores definen la calidad de vida como un estado deseado de bienestar personal, que es multidimensional, contiene propiedades universales y ligadas a la cultura, con componentes objetivos y subjetivos y está influenciado por características personales y factores ambientales.

Para finalizar se puede decir que el uso de este modelo es de tres tipos:

- Como un marco de referencia para la prestación de servicios
- Como un fundamento para las prácticas basadas en la evidencia
- Como un vehículo para desarrollar estrategias de mejora de calidad de vida

Con respecto a las dimensiones e indicadores de calidad de vida de este modelo vamos a realizar un breve resumen explicando las 8 dimensiones centrales (Schalock y Verdugo,2003) (*ARARTEKO, 2009*):

- Bienestar emocional, hacemos referencia a la sensación de sentirse tranquilo, seguro y sin agobios.
- Relaciones interpersonales, la capacidad para relacionarse con distintas personas, tener amigos, y llevarse bien con la gente.
- Bienestar material, tener suficiente independencia económica para comprar lo que se necesita, un lugar de trabajo adecuado y una vivienda.

- Desarrollo personal, hace referencia a la posibilidad de aprender cosas distintas, tener conocimientos y realizarse personalmente
- Bienestar físico, tener una buena salud, tener hábitos de alimentación saludable.
- Autodeterminación, capacidad para decidir por uno mismo y tener la oportunidad de elegir las cosas que quiere y cómo quiere que sea su vida.
- Inclusión social, ir a lugares de la zona donde resida y participar en actividades como uno más.
- Derechos, ser considerado igual que el resto, que se respete sus opiniones, deseos y su intimidad.

Tabla 3: Esquema resumen acerca del modelo de calidad de vida.

<p>CONCEPTO</p>	<p>Calidad de vida, ofrece una noción más sensibilizadora centrada en los individuos a modo de guía y un constructo social que ofrece la opción de evaluar las dimensiones principales de calidad de vida y sus indicadores</p>
<p>DIMENSIONES E INDICADORES</p>	

	<ul style="list-style-type: none">- Se compone de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas las personas- Se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando se tienen la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes- Tiene componentes subjetivos y objetivos, pero es fundamental la percepción del individuo la refleja la calidad de que experimenta- Se basa en las necesidades, las elecciones y control individual- Es un constructo multidimensional influido por factores personales y ambientales, como relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, lugar de residencia, la vivienda, la salud, nivel de vida y el estado de la propia nación.
--	---

Fuente: *Elaboración propia a partir de ararteko 2009*

MODELOS	MODELO DE FELCE Y PERRY	MODELO DE SCHALOCK Y VERDUGO
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - 5 indicadores - Modelo tripartito 	<ul style="list-style-type: none"> - Basado en principios de conceptualización, medida y aplicación - 8 dimensiones centrales

Fuente: *Elaboración propia a partir ararteko 2009*

CAPITULO III. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

3.1 DISCUSIÓN:

A continuación, tras el análisis teórico vamos a mencionar dos factores que consideramos importantes uno de ellos es la igualdad de oportunidades de las personas mayores, así como la influencia del género en poder obtener un envejecimiento con éxito.

La proporción de la población por encima de los 65 años en 2050 estará en torno al 30 %, y el 11 % tendrá más de 80 años. Dejando entrever el aumento del envejecimiento en nuestra sociedad, con un índice alto de personas mayores (Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A 2008) Pese al transcurso de los años y la evolución de la sociedad, el peso del cuidado de personas discapacitadas (especialmente el de los grandes dependientes) se encuentra marcado por el factor de género. Los diversos estudios sobre la materia concluyen de forma unánime que las tareas de cuidado recaen mayoritariamente sobre las mujeres, representando el 84% del universo del cuidador informal (Observatorio de Personas Mayores, 2008).

En nuestro país, al igual que ocurre la mayor parte de los países europeos (COLOMBO ET AL 2011; PICKARD, 2011), el cuidado informal o no remunerado a personas dependientes del entorno constituye una actividad fuertemente feminizada; las personas que cuidan son mujeres, habitualmente del núcleo familiar. Esto ocurre de una manera mas elevada en los países del sur de Europa, donde las mujeres dedican más horas al trabajo de cuidados dada a la baja dedicación de los hombres a este tipo de tareas, lo que no sucede en otros países, como por ejemplo en los escandinavos, donde la participación masculina es este ámbito es más alto (ALIAGA, 2006).

Siendo que el perfil actual de la persona cuidadora principal en España es la de una mujer (3 de cada 4), con una media entre 45 y 65 años (52%), casada (71%), con estudios primarios o inferiores (63%), que suele ser la hija o la pareja de la persona dependiente.

(INE, 2008) (citado en Tesis Doctoral. Río Lozano, M: Desigualdades De Género En El Cuidado Informal Y Su Impacto En La Salud. 2014).

Por ello, en el artículo 23 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE estipula que «La igualdad entre hombres y mujeres será garantizada en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución. Dichas desigualdades provocan que las mujeres mayores reciban unos ingresos menores en la jubilación y sufran mayor riesgo de vivir en la pobreza a una edad avanzada. (INJUVE. 2012)

Por otro lado, y para concluir, en el año 2011, el Comité consultivo de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres adoptó un dictamen sobre La dimensión de género del envejecimiento activo y de la solidaridad entre las generaciones

Dicho año, la Red de Expertos en Igualdad de Género publicó el informe: Envejecimiento activo y políticas de igualdad de género: el empleo y la inclusión social de las mujeres y hombres de edad avanzada para trabajar y en edad de jubilación anticipada. (INJUVE. 2012).

Y otro de los factores relevantes como fórmula para solucionar el primero de estos es la necesidad de una políticas públicas en relación a las personas mayores teniendo en cuenta como ya se ha nombrado en otras ocasiones a lo largo del trabajo de fin de grado, el envejecimiento de la población ha ido incrementando y con esto todas las situaciones derivadas, mayor papel de las personas mayores en la sociedad, situaciones de dependencia, déficits de atención.

Hay varios aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de abordar políticas públicas para este colectivo

- Vivimos la revolución de la longevidad y el envejecimiento
- La población de edad, población con discapacidad y sus necesidades funcionales están aumentando
- La esperanza de vida de las personas con discapacidad está aumentando
- Las personas mayores con necesidades funcionales diversas, las personas con discapacidad, dependientes y/o autónomas, quieren decidir por ellas mismas y vivir en la comunidad
- Las respuestas ante las necesidades de estos colectivos, es pobre, fragmentada y asumida casi exclusivamente por los servicios sociales
- Desde un enfoque preventivo se debe prestar más atención a la promoción de la autonomía y la vida independiente.

Un modelo adecuado de atención se debería basar en 3 aspectos fundamentales como:

- La prevención primaria, secundaria y terciaria
- Fortalecimiento de las intervenciones de las discapacidades preservadas
- Objetivos que mejoren permanentemente la calidad de atención.

Por otro lado, las políticas de atención también deberían tener áreas claramente definidas, la prevención y rehabilitación de las discapacidades y atención de las situaciones de dependencia y la buena integración social y participación en el entorno.

En el documento que hemos usado de referencia nos hablan de varios ejes con el fin de cambiar y mejorar la situación de esta problemática (ARARTEKO, 2009) (p. 155- 156):

- Mejora, incremento/ garantía/Promoción de los derechos de ciudadanía
- Estrategias basadas en el envejecimiento activo, exitoso y saludable y en el aprendizaje a lo largo de la vida
- Gerontología preventiva
- Mejora de servicios
- Mejora en personalización
- Redefinición del papel de la administración

Con relación a los ejes nombrados en el apartado anterior hemos encontrado investigaciones que reafirman las necesidades que presenta este colectivo concretamente en la materia de salud mental.

En primer lugar, a nivel internacional, existe un reconocimiento claro por parte de numerosos expertos/as y sociedades científicas acerca de la necesidad de incorporar profesionales de la Salud Mental a los equipos de Atención Primaria. Tal y como cita Bower, el modelo "collaborative care", que se basa en la asistencia especializada y atención formativa al equipo de Atención Primaria.

Es por ello, que, a nivel nacional, se ha establecido un programa de soporte a la primaria: un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. Es un estudio descriptivo longitudinal con una muestra de 769 personas derivadas a psicología.

“La atención primaria de salud es el recurso al que acceden en primera instancia, no solo la mayoría de las personas con patología somática, sino también aquellas con

problemas de salud mental y/o psicosociales. Constituye el acceso al sistema de salud mental para el 70% de la población.

El programa permite la detección y derivación de patologías que requieren un abordaje especializado desde el CSMA (Centro de salud mental de adultos), potencia los recursos de AP (atención primaria) para la atención psicológica de complejidad leve-moderada y ofrece soporte asistencial a los CAP (centros de atención primaria) con intervenciones psicofarmacológicas y terapias psicológicas breves.

Los resultados obtenidos de un 27% de personas dadas de altas por enfermedad mental, un 20% abandonan. El diagnóstico más frecuentemente realizado por los MAP medios es Trastorno de Ansiedad. Los psicólogos/as diagnostican con igual frecuencia Trastornos Ansiosos (21%), Depresión (20.2%) y Trastornos Adaptativos (19.6%)” (Ibañez. O.; Et al.2015).

Otra de las investigaciones encontradas, es sobre la intervención en redes sociales desde un punto de vista comunitaria, compuesta por un equipo multidisciplinar que actúan como motor de desarrollo de una serie de procesos psicosociales de comunicación, participación y organización relativos a una serie de ámbitos (sanitario, social y laboral), con un tratamiento efectivo para aquellas personas que tengan un trastorno mental grave. Este tipo de intervención supone una alternativa, ya que la comunidad interpreta su propia realidad, movilizand así, recursos personales, comunitarios e institucionales consiguiendo un alto grado de participación en el desarrollo de la vida social y cultural de las personas, consiguiendo a su vez la solución a diversos problemas.

Este modelo de intervención incluye los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), donde su objetivo principal es la recuperación de la persona, y ayudar al

desarrollo de sus habilidades, partiendo de cinco pilares: el empoderamiento, el abordaje familiar, la integración en la comunidad, las preferencias de los/las usuarios/as y el trabajo en red. Además, en estos centros encontramos: un programa de habilidades sociales y resolución de conflictos, un programa de psicoeducación de pacientes que pretende que los/las usuarios/as incluyan hábitos protectores de la salud, un programa de autocuidados y autonomía personal especialmente destinado a quienes presentan un mayor deterioro cognitivo, un programa de autocontrol emocional y manejo del estrés donde trabajar la autoestima, las emociones y el proyecto de vida, un programa de ocio y tiempo libre y un programa de psicoeducación familiar en caso de que surja alguna dificultad con el/la usuario/a.

También se encuentra el entrenamiento de habilidades, donde las personas con esquizofrenia, es particular, desarrollan una serie de actividades con la finalidad de disminuir su vulnerabilidad. Las actividades que se desarrollan en los centros de día ocupacional, las personas aprenden actitudes y capacidades en relación con el mundo laboral, englobando así, el fin último de contrarrestar las dificultades que enfrentan para iniciar o retomar su actividad normalizada.

Por último, en este modelo de intervención están los recursos residenciales, donde un número reducido de personas con discapacidad por trastorno mental grave conviven, con el fin de desarrollar una vida lo más autónoma y normalizada posible (Andreo, I. et al. 2010).

Por otra parte, concretamente en Tenerife, se ha desarrollado el Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.), que supone uno de los recursos establecidos dentro del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.). Su objetivo principal es apoyar en el empleo a aquellas personas con problemas de Salud Mental crónica a través de una

atención individualizada y especializada. Atendiendo a sus preferencias de empleo siempre y cuando manifiesten su determinación a emplearse. Estas personas recibirán un apoyo continuo por parte del equipo, tanto en la fase de búsqueda y consecución del empleo, como en la continuidad del mismo.

Las acciones que se realizan son:

- Realización de entrevistas de orientación y asesoramiento a usuarios/as, que presenten una discapacidad por salud mental.
- Censar a usuarios/as en la base de datos de Sinpromi, incorporándose en el Censo de personas con Discapacidad de Tenerife.
- Realización de una valoración a los usuarios que cumplen el perfil para el EAIE.
- Llevar a cabo un registro de los datos obtenidos en la base de datos informatizada específica para el EAIE.
- Elaboración de informes de alta, baja y no inclusión en el recurso.
- Realización de reuniones mensuales con las unidades de salud mental y reuniones semanales entre la coordinadora y todo el equipo.
- Reuniones con el Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife.
- Reuniones con los preparadores laborales de las asociaciones y terapeutas ocupacionales.

- Informar y asesorar sobre ofertas de empleo, adecuadas al perfil de los usuarios/as beneficiarios/as.
- Llevar a cabo visitas a distintas empresas con el fin de buscar ofertas de empleo según las preferencias de los/las usuarios/as y su perfil.
- Elaboración de un seguimiento con el usuario fuera de su puesto de trabajo.
- Gestión de ofertas de empleo y continuación de todo el proceso de selección, la formalización del contrato/os.

Del total de personas que han participado en este programa, un 69% consiguió a fecha de 2010 una plena inclusión en el ámbito laboral frente a un 31% que no, consiguiendo una formalización de un total de 740 contratos (Caballero,N., et al. 2011).

3.2 Conclusión.

A mediados del siglo XX en España se ha generado un aumento en la esperanza de vida de la ciudadanía, junto a otros factores, dando lugar, a que el número de personas mayores ha ido creciendo. Es por ello, que la población necesita conocer de forma integral el proceso de envejecimiento y cómo este afecta aún más a aquellas personas que padecen una enfermedad mental.

Esto facilitará la concepción de medidas prioritarias que propicien la satisfacción de las condiciones económicas, sanitarias y redes de apoyos que garanticen el disfrute de una vejez activa y saludable en este colectivo.

Referente a los paradigmas, se aprecia un cambio de la sociedad respecto a la visión de las personas mayores. Sin embargo, aún la concepción del paradigma tradicional sigue

estando latente en la sociedad. Esto lo hemos podido apreciar durante la revisión teórica que se ha realizado para la elaboración de este documento.

Debido a la necesidad de conocer el proceso de envejecimiento en profundidad, nos hemos centrado en el concepto de envejecimiento activo que se enmarca dentro del nuevo paradigma y el nuevo modelo de calidad de vida. Este proceso es el más idóneo como forma de envejecimiento porque, por un lado, promueve hábitos de vida saludable y por otro lado, fomenta la participación activa de la persona mayor en la sociedad, incrementando su calidad de vida. El envejecimiento activo promueve la actividad física y las oportunidades de ocio y tiempo libre, entre otras formas para incrementar la calidad de vida.

Sin embargo, también cabe destacar, el estigma que se tiene asociado a las enfermedades mentales, pues se consideran enfermedades invisibles e intangibles por el resto de las personas que no la padecen. Esto se da por la falta de conocimiento y comprensión, generando así que sean las propias personas afectadas las que se aíslen y alejen del resto de la sociedad.

Esto se ha visto repercutido negativamente tras la COVID-19 sobre la salud mental de las personas de la población en general, y en particular, sobre los grupos poblacionales más vulnerables. La incertidumbre asociada con esta enfermedad, más el efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, pueden agravar la salud mental de la población. Pues la discriminación por edad es una realidad de nuestras sociedades, aumentando así, la exclusión y prejuicios contra las personas mayores, incrementando problemas en su salud mental,

Por último, cabe destacar que el objetivo perseguido en esta revisión teórica ha sido investigar sobre el abordaje del envejecimiento de las personas mayores de 60 años, que presentan algún problema en salud mental. Como resultado hemos obtenido que las consecuencias de la soledad en el envejecimiento de las personas mayores repercute negativamente, ya que son las mujeres quienes lo sufren más frente a los hombres, donde este porcentaje aumenta en la franja de edad de 80 años y más.

Sin embargo, también se ha comprobado que el envejecimiento activo ayuda de forma positiva a la inclusión e integración de las personas mayores en la sociedad, pues impulsa al fomento de la calidad de vida de éstos ya que en la actualidad es un punto importante de los estados miembros a tratar, impulsando estrategias y ejes de actuación en las políticas públicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abellán García, A., Ayala García, A., Pujol Rodríguez, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España. Informes Envejecimiento en red (15)*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos17.pdf>
- Andreo, I.; Aller, A.; Aranzamendi, K.; Bencomo, S; Caballero, N.; Cabello, C.; ... Wallenius, M. (2010) La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo de red de redes. Fundación Canaria Salud y Sanidad de Tenerife, Área de Sanidad y Relaciones con la Universidad, Cabildo de Tenerife.
- Ararteko: “*Los Retos De Las Políticas Públicas En Una Democracia Avanzada*” (2009). Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/retos-politicas-publicas-democracia/>
- Ballesteros Jiménez, S. (2008). *Gerontología. Un saber multidisciplinar*, Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Bermejo, J. (2003). La soledad en los mayores. *Ars medica*, 1-12.
- Caballero, N.; González, E.; González, M.; Hernández, M.; López, S.; Perestelo, L.; Pérez, J. ... Vilchez, P. (2011). La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. Canarias: SINPROMI S.L.
- Carnero-Pardo, C. *Entrevista temática al doctor José Manuel Marín Carmona: Envejecimiento activo y saludable. Circunvalación del Hipocampo, junio 2019*

<https://www.hipocampo.org/entrevistas/JMMarinCarmona.asp> | <https://www.hipocampo.org>

- Carbonell Baeza, A., Aparicio García-Molina, V., Delgado Fernández, M (2009). *Involución de la condición física por el envejecimiento. Apunts Medicina De L'esport*, 44(162), 99-101. Recuperado de <http://www.apunts.org/es/involucioncondicion-fisica-por-el/articulo/1>
- Castañeda García, P.J. (2007). Gerontología Básica. Santa Cruz de Tenerife: ARTE Comunicación Visual, S.L.
- Cívicos, A. (2012). La Política Social Gerontológica y su reflejo en la prensa de Tenerife. *El caso particular de la protección social a la dependencia 2006-2007 (Tesis de doctorado inédita)*, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI): *Envejecimiento de las Personas con Discapacidad, 2012*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/envejecimiento-personas-discapacidad/>
- Estrategia Vasca: *Envejecimiento Activo. 2015-2020. VI 542-2015* Recuperado de: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/jornadas_serviciosociales/es_def/adjuntos/ESTRATEGIAVASCA_2015_web_OK.pdf
- Fernández Ballesteros, R. (2008). *Active aging: the contribution of psychology*. Recuperado de <http://bit.ly/2sfRcMy>

- Gobierno de España. *Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional*. Injuve 2012. Recuperado de: <http://www.injuve.es/convivencia-y-salud/contribucion-de-la-union-europea-al-envejecimiento-activo-y-la-solidaridad-entre-generaciones>
- Gobierno de Canarias. *Plena Inclusión Canarias: Hablando sobre la buena vejez*, 2019. Sitio web. Recuperado de: http://www.plenainclusioncanarias.org/sites/plenainclusioncanarias.org/files/hablando_sobre_la_buena_vejez_lectura_facil.pdf, 2019
- Hernández Rodríguez, José. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Epub 01 de julio de 2020. Recuperado en 18 de abril de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432020000300578&lnges&tlng=es.
- Hojat, M., & Crandall, R. (1989). *Loneliness: Theory research, and applications*. Sage Publications.
- Ibañez. O; Pedrajas. C; Cristina; Grases. N; Marsó.E; Cots. I; Aparicio.S; Ochoa. S, & Ventura. C. (2015). Programa de soporte a la primaria: un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 257-266. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000200002>
- INE. (2017). *Demografía y Población*. Recuperado de <http://www.ine.es>

- Informe de la Comisión Europea: *Envejecimiento Activo*. 2018. Recuperado de: <http://envejecimientoenred.es/informe-sobre-envejecimiento-2018-comision-europea/>
- Informe De Políticas De Las Naciones Unidas: La Covid-19 Y La Necesidad De Actuar En Relación Con La Salud Mental.2020
- International Social Security Association (2002). *The challenged of ageing for social security*. *International Social Security Review*, 55 (1), 3-9. doi: 10.1111/1468-246X.t01-1-00110
- Jané-Ilopis, e., & Gabilondo, a. (eds). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus Paper*. Luxembourg: European Communities. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealtholderpeople.pdf>
- Lancet Commission on global mental health and sustainable development, 2018.
- Mebarak M, De Castro A, Salamanca M & Quintero M (2009): *Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud*. N°23.

Recuperado

de:

<file:///E:/PRACTICAS%20ATELSAM/proyecto%20irpf/diagnostico/n23a06.pdf>

- Merchán, E. y Cifuentes, R. (2011). *Teorías Psicosociales del Envejecimiento*. En *Enfermería de la persona mayor*. Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <http://asociacionciceron.org/investigacion-yformacion/documentos-tecnicos/>

- Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad, Secretaría De Servicios Sociales E Igualdad, Imsero, Las Personas Mayores en España. Datos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2014, p. 69.
- Miller, E., & Sagan, O. (2017). Narratives of loneliness. Multidisciplinary perspectives from the 21st century. Routledge.
- Observatorio de Personas Mayores. Boletín sobre el envejecimiento nº 35: Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Octubre 2008.
- Organización Mundial de la Salud (2007): *Ciudades Globales Amigables con las personas mayores: Una Guía*.
- Organización Mundial de la Salud. Salud Mental. 2018. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. 2019.
- Organización Mundial de la Salud: *Década del Envejecimiento Saludable 2020 - 2030* . Recuperado de: <https://www.helppage.org/spain/noticias/dcada-del-envejecimiento-saludable/>
- Quez, A & Gonzalez, A (2020); Revista ética de los Cuidados: La soledad de los mayores durante la pandemia por COVID-19 como manifestación de la discriminación por edad . v13: e33001i.
- Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A.M., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, M.P., Hernández Paz, M.T. (2009). *Aportes para la conceptualización*

de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, volumen (11). Recuperado de

http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

- Rubenstein, C., & Shaver, P. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*.
- Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M. y Merino Escobar, J. (2005). *Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. Ciencia y enfermería*, (2), 17-21
Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004 (2): 17-21
- Seidmann, S., & Muchnik, E. (1998). *Aislamiento y soledad*. Buenos Aires: Eudeba.
- SECOT. (2001). *Los mayores activos*. Madrid: Graficas Im-tro, S.L.
- Tesis Doctoral Por Mengs. M. *Hacia Otra Forma De Envejecer: Estereotipos Y Realidades De La Vejez De España*. Universidad Complutense De Madrid. 2018.
- Vicente López, J.M. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Recuperado de: http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_80891ibroblancoenv.pdf
- Yanguas Lezaun, J., Cilveti Sarasola, A., Hernández Chamorro, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig i Canals, S., & Segura Talavera, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Revista de servicios sociales*, 61-75.

