
SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES: DEPRESIÓN Y DEMENCIA

**TRABAJO FIN DE GRADO,
MARZO 2024**

Lucía Magdaleno Noda

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación

Grado en Trabajo Social

Tutora: Laura Aguilera Ávila

Resumen

En el siguiente Trabajo de Fin de Grado se pretende analizar y comprender a través de una revisión bibliográfica la situación de la salud mental en personas mayores, centrándose en la detección y el tratamiento de trastornos como la depresión y la demencia, desde una perspectiva de Trabajo Social.

La búsqueda de los distintos estudios se realizó a través de las bases de datos Dialnet, Google Académico y ScIELO. La revisión se ha realizado únicamente en español mediante palabras clave como: adulto mayor, salud mental, demencia, depresión, vejez, prevención, envejecimiento y soledad. Además, se ha seguido la metodología propuesta por el protocolo PRISMA y se incluyeron 14 estudios, los cuales se han realizado en distintos lugares como España, Costa Rica, Ecuador y Chile, entre otros.

Como principales conclusiones encontramos que el envejecimiento es un fenómeno complejo y multifactorial, por lo tanto requiere de una atención holística. A su vez, la soledad y otros factores como una mala salud física repercuten considerablemente de manera negativa en la salud mental, lo que resalta así la importancia de mantener una autoestima autoeficacia positiva. Por otro lado, estrategias como la musicoterapia y la estimulación cognitiva son claves en su tratamiento y prevención, así como el trabajo social gerontológico. Se concluye además cómo los cuidados paliativos y la planificación anticipada son fundamentales en etapas avanzadas de la demencia.

Palabras clave: personas mayores, depresión, demencia, salud mental.

Abstract

The following Bachelor's Thesis aims to analyze and comprehend the mental health status of older adults through a literature review, focusing on the detection and treatment of disorders such as depression and dementia, from a Social Work perspective.

The search for various studies was conducted through the databases Dialnet, Google Scholar, and Scielo. The review was exclusively conducted in Spanish using keywords such as: older adults, mental health, dementia, depression, aging, prevention, loneliness, and aging. Additionally, the methodology proposed by the PRISMA protocol was followed, and 14 studies were included, conducted in various locations such as Spain, Costa Rica, Ecuador, and Chile, among others.

The main conclusions highlight that aging is a complex and multifactorial phenomenon, thus requiring holistic care. Furthermore, loneliness and other factors such as poor physical health significantly impact mental health negatively, emphasizing the importance of maintaining a positive self-esteem and self-efficacy. On the other hand, strategies such as music therapy and cognitive stimulation are key in their treatment and prevention, as well as gerontological social work. Additionally, it is concluded that palliative care and advance planning are fundamental in advanced stages of dementia.

Keywords: older adults, depression, dementia, mental health

ÍNDICE

1. Envejecimiento y Salud Mental	1
• Concepto de envejecimiento.	1
2. Depresión en Personas Mayores	7
• Definición y síntomas de la depresión	7
• Factores de riesgo y desencadenantes.	11
• Métodos de detección y diagnóstico.	14
• Enfoques de tratamiento y prevención.	17
3. Demencia en Personas Mayores	20
• Definición y tipos de demencia.	20
• Síntomas y progresión de la demencia	21
• Herramientas de detección y diagnóstico.	23
• Estrategias de atención y cuidado para personas con demencia.	27
4. Abordaje desde el Trabajo Social	29
• Intervenciones y estrategias de apoyo psicosocial.	31
5. Método	33
6. Resultados	35
7. Discusión	54
8. Conclusiones	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

1. Envejecimiento y Salud Mental

- **Concepto de envejecimiento.**

Para Llamas (2011, p. 3), “El envejecimiento es el conjunto de transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de la vida. Se trata de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”

Asimismo, según la OMS (2022, párr, 4), también se puede definir el envejecimiento como:

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte.

Por consiguiente, a la vejez se la percibe como la edad de deterioro y no como algo positivo o de desarrollo, ya que generalmente la palabra envejecimiento muchas veces es considerada sinónimo de cambios físicos desagradables como la pérdida de fuerza, disminución de la coordinación y del dominio del cuerpo, así como alteración de la salud en términos generales (Mishara y Riedel, 2000). Todo ello tiene como resultado la pérdida de autonomía personal y en este sentido Lozano (1999) afirma que “incluso, al anciano suele “etiquetarse” como un miembro disfuncional de la vida activa y productiva. La misma aceptación de sentirse acabado genera, sin duda, un proceso que destruye las capacidades de un desarrollo psicosocial propio en varios sentidos” (p. 25).

En la actualidad, el envejecimiento supone todo un desafío en la sociedad pues es evidente el aumento en el número de personas mayores debido al crecimiento en la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad (ONU, 2019, párr. 6). La OMS (2022) afirma que “en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones” (párr. 2).

En este contexto resulta un tema de vital importancia en la agenda política de diversos países como España, ya que, según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2022 tuvo una de las mayores medias en cuanto a edad de esperanza de vida del mundo con 83,2 años. Esta variación en la disposición de la población de los países hacia edades más avanzadas provoca que surjan retos en cuanto a la atención sanitaria, sostenibilidad de la seguridad social y la planificación de políticas gubernamentales para abordar las necesidades de la población envejecida como el aislamiento social y soledad, accesibilidad a la vivienda, la participación social y la creación de redes de apoyo (Llamas, 2011).

Por otra parte, cabe destacar que el envejecimiento es un proceso que afecta de distinta manera a cada persona. La salud de las personas mayores se ve influenciada en gran medida por su entorno físico y social, incluyendo la vivienda, el vecindario y la comunidad. Aunque la genética juega un papel crucial, son los factores ambientales y sociales, junto con características personales como el sexo, la etnia y el nivel socioeconómico, los que tienen un impacto significativo en la salud de esta población (OMS, 2022).

No obstante, Lozano (1999) insiste en hacer una diferenciación entre los distintos enfoques que puede tener este proceso, pues de acuerdo con el autora se producen cambios inevitables en el deterioro de la persona asociados con el transcurso del tiempo, independientemente del estrés, los traumas o las enfermedades, a esto se le llama “envejecimiento primario”; ahora bien, el “envejecimiento secundario” hace referencia a la falta de capacidades, como resultado de traumas y enfermedades.

Señalar también que el envejecimiento no significa necesariamente pérdida de calidad de vida pues muchas personas que superan los 65 años llevan vidas plenas y activas, y con el apoyo y acceso a la atención médica adecuada, así como con la creación y formulación de políticas y oportunidades favorables pueden experimentar de forma saludable y satisfactoria el paso de los años (OMS, 2022).

Respecto a lo anterior, resulta necesario hablar de envejecimiento activo, la OMS (2002) lo define como:

El proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. (p, 79)

- **Cambios psicológicos y sociales en la vejez.**

Los cambios psicológicos y sociales en la vejez hacen referencia a las transformaciones en el funcionamiento mental y las interacciones sociales que experimentan las personas a medida que envejecen. Mendizábal (2018) expone que la clave para envejecer de manera saludable radica en la habilidad para ajustarse a los cambios inherentes al proceso de envejecimiento. La capacidad de adaptación se presenta como un elemento protector frente a la inevitable pérdida y reducción de recursos personales que acompaña al envejecimiento, que afectan tanto al funcionamiento físico como al cognitivo y emocional.

A medida que las personas envejecen, es común experimentar cambios en la memoria, la cognición y la velocidad de procesamiento de la información. Asimismo, hay que prestar también atención a los cambios que pueden surgir en las emociones y la personalidad, los más comunes durante este proceso se relacionan con la autoestima, el autoconcepto y, por ende, con la depresión y el miedo a lo desconocido.

De acuerdo con Ortiz Arriagada y Castro Salas (2009), la autoestima es un elemento crucial para el desarrollo de un equilibrio emocional, cognitivo y práctico saludable, ya que impacta de manera significativa en todas las áreas de la vida. Algunas investigaciones sugieren que esta tiende a disminuir durante la edad madura y en la vejez.

Es necesario considerar su contexto, pues durante este proceso de la vida, el individuo experimenta una situación física, social y culturalmente desfavorecida. Esto provoca que se

sientan marginados y perciban una valoración negativa por parte de la sociedad, ya que esta tiende a dar mayor importancia a los valores asociados a la juventud y la belleza, y menos aprecio a la experiencia y sabiduría propias de la ancianidad.

Continuando con los autores mencionados, enfatizar también en la autoeficacia, la cual se entiende como la confianza que una persona tiene en sus propias habilidades para llevar a cabo una tarea con éxito. Esta, al igual que la autoestima, juega un papel significativo en el estado emocional de las personas mayores pues incide directamente en su bienestar emocional y puede debilitarlo o fortalecerlo. Para los adultos mayores la autoeficacia no se limita únicamente a la superación de desafíos físicos, su relevancia radica en la capacidad de participar en la resolución de conflictos del día a día, contribuyendo con soluciones. Este enfoque les posibilita desarrollar estrategias de afrontamiento esenciales frente a las adversidades.

Ortiz Arriagada y Castro Salas (2009) aseguran que “los ancianos que no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades, ya que no son capaces de solucionar aquellos estresores propios de la ancianidad” (p. 28). Por tanto, aquellas personas que se sienten incapaces de enfrentar desafíos propios del envejecimiento como la pérdida de independencia, problemas de salud y aislamiento social o que tienen una baja autoestima pueden ser más vulnerables a experimentar depresión y ansiedad en el futuro e incluso influir en la salud aumentando el riesgo de mortalidad.

La OMS (2016) menciona que en una investigación se evidenció que aquellos individuos que mantenían una perspectiva desfavorable hacia su propio proceso de envejecimiento tenían mayores dificultades al lidiar con la discapacidad, viviendo, en promedio, siete años y medio menos en comparación con aquellos que asumían una actitud

positiva ante esta cuestión. Por esta razón, fomentar una autoeficacia y autoestima positiva resulta esencial para una senectud saludable.

En cuanto a los cambios sociales que se producen en la vejez, uno de los más relevantes en la vida de las personas es la jubilación pues, apoyándonos en Alonso (2016), se trata de un cambio de rol en la sociedad, una transición de una vida laboral activa a una vida de descanso, lo que a menudo supone una reorganización de la rutina diaria y un impacto en la función social del individuo.

En este sentido, Llamas (2011) destaca que:

Si bien el empleo proporciona fundamentalmente una retribución económica, se trata de un gran foco de socialización, proporcionando una serie de beneficios fundamentales para el desarrollo humano y social de las personas, entre los que cabe destacar el prestigio o reconocimiento social, la mejora de la autoestima, el sentimiento de permanencia a un grupo o la integración en la sociedad. (p. 9)

Desempeñar un empleo aporta múltiples beneficios como los nombrados anteriormente, sin embargo, el estar jubilado/a o permanecer fuera del mercado laboral potencia el riesgo de exclusión social, pues las relaciones sociales, las redes de apoyo y su entorno social cambian o generalmente disminuyen junto con los recursos económicos al dejar atrás el ambiente laboral.

La adaptación suele ser complicada debido a que la vida y sus valores están centrados en torno al trabajo y la actividad, es por ello que las personas mayores deben buscar opciones para minimizar al máximo las consecuencias negativas. (De la Uz Herrera, 2009, p. 2).

Resulta necesario destacar la importancia de las relaciones sociales para la salud y el bienestar humano, en este sentido, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid (2021) pone de manifiesto que “uno de los principales retos a los que se enfrenta

nuestra sociedad actualmente, es el dar una respuesta integral, conjunta y coordinada, ante la situación de soledad no deseada del colectivo de personas mayores” (p. 10).

También se producen otros cambios relacionados con las relaciones sociales pero estos dentro de la estructura familiar, en particular al cambiar el tipo de relación del anciano/a con el resto del núcleo como pueden ser los hijos e hijas. Además, muchos adultos mayores, particularmente abuelos y abuelas, con el objetivo de brindar apoyo a sus hijos e hijas asumen un papel importante como abuelos, brindando cuidado y apoyo emocional a sus nietos, y en algunos casos suelen convivir juntos (De la Uz Herrera, 2009, p. 5).

Desde el punto de vista del anciano como integrante del grupo familiar, la autora citada anteriormente expresa que se comprenden varias etapas:

La primera etapa se caracteriza por un anciano independiente que ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa es cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y el anciano se hace dependiente de la familia, muchas veces suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia, o la búsqueda de un cuidador. (p. 5)

Con el paso del tiempo los/as ancianos/as envejecen y van asumiendo inevitablemente su estrecha vinculación con la muerte, lo que puede generar cierta inquietud y ansiedad.

De la Uz Herrera (2009) aclara que la aceptación de la muerte por parte de las personas mayores se puede enfocar desde distintos puntos de vista, como:

Liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas. Sin embargo, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia. (p. 5)

Al margen de esto, las personas de edad avanzada también hacen frente a otros cambios como la pérdida o ausencia de seres queridos. El luto tiende a formar parte de la vida

de los más mayores, pues el envejecimiento con frecuencia implica el fallecimiento de amistades y familiares, y esto supone que la red de apoyo se reduce o se vuelve más limitada. La situación de viudedad es especialmente complicada dado que puede propiciar un estado de aislamiento (Luna y Pinto, 2021, p. 161).

2. Depresión en Personas Mayores

- **Definición y síntomas de la depresión**

Según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2023):

La depresión es un trastorno de salud mental común. Puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concurra con cansancio y falta de concentración. La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante. (párr. 1)

En lo concerniente a esto, destacar también la definición que aporta la OMS (2022) en relación a la salud mental, pues la considera como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (párr. 1).

El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) (2021) señala que estudios han evidenciado que los factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos juegan un papel relevante en la depresión, además de que es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, sin importar la edad, la raza, los ingresos, la cultura o el nivel educativo.

Para Nasio (2022) la depresión se puede definir desde dos puntos de vista distintos y complementarios: el descriptivo y el psicoanalítico. Desde el punto de vista descriptivo, la depresión se presenta como un conjunto de síntomas observables, siendo el más destacado un estado de ánimo anormalmente triste. No obstante, asegura que esta descripción resulta limitada al caracterizar la depresión por lo que se percibe en el paciente, sin intentar indagar en la causa subyacente. En cambio, desde la perspectiva psicoanalítica, opuesta al enfoque descriptivo, la depresión se define a partir de las causas que la originan.

El autor llega a la conclusión de que la causa principal que la genera es la pérdida de ilusión, afirmando que “el deprimido está triste no solo porque ha perdido lo que tenía sino porque ha perdido lo que era, porque ha perdido la ilusión que le daba la fuerza de ser lo que era” (p. 17).

No obstante, acorde a lo expresado por Francesa y Núñez (2007), es importante no confundir la tristeza con la depresión, puesto que son estados emocionales distintos, aunque comparten varios síntomas. La depresión varía significativamente de la tristeza esporádica o de un estado de ánimo decaído pasajero. Esta enfermedad tiene características más complejas y profundas y no debe confundirse con las fluctuaciones normales en el estado de ánimo dado que el uso frecuente e incorrecto del término depresión contribuye a su mala interpretación

La tristeza se encuentra muy presente en la depresión, sin embargo, se diferencian en varios aspectos importantes como en la duración e intensidad, pues la tristeza se trata de un proceso más leve y específico. Asimismo, generalmente tiene una causa conocida, que hace que sea mucho más fácil ponerle fin, por otro lado, la diferencia más relevante es que no es muy frecuente que interfiera en el funcionamiento de la vida diaria, como si lo hace la depresión. Situaciones que se relacionan con la tristeza pueden ser la pérdida de un ser querido o una discusión con tu pareja.

Con respecto a la prevalencia que tiene esta enfermedad en adultos mayores en nuestro país, Ortínez-Martínez et al. (2023) muestran que se sitúa entre 1,2% y 9,4% y que 230.000 personas padecen depresión de tipo grave, además, que en el año 2020, se estima que un 5,4% de la población experimentó cuadros depresivos. Así pues, indican que la incidencia de síntomas depresivos aumenta de manera significativa en el grupo de edad de 75 a 84 años, alcanzando el 24,03%. Llegándose a incrementar este porcentaje en la población de 85 años y más, superando al 35,94% en aquellos que no residen en instituciones.

Antes de profundizar en los síntomas, se explicará a continuación de manera breve los diferentes tipos de depresión partiendo de los criterios del Manual Diagnóstico DSM-V, según Cabal y Molina (2019):

1. **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo:** Se caracteriza por la presencia persistente de irritabilidad o irascibilidad en el estado de ánimo de la persona, manifestándose predominantemente entre episodios de cólera a lo largo del día.
2. **Trastorno de depresión mayor:** Se presenta con una notable pérdida de interés o disfrute en la mayoría de las actividades, persistente a lo largo de la mayor parte del día y casi todos los días.
3. **Trastorno depresivo persistente (distimia):** Estado de ánimo deprimido que persiste durante la mayor parte del día, presente en la mayoría de los días durante un periodo mínimo de dos años, según la información subjetiva o la observación de otras personas.
4. **Trastorno disfórico premenstrual:** La presencia de un estado de ánimo depresivo surge durante la última semana previa al inicio de la menstruación.
5. **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:** Se presenta como una alteración significativa y persistente del estado de ánimo, caracterizado por una

marcada depresión y una disminución notable del interés o placer en prácticamente todas las actividades, lo cual predomina en el cuadro clínico.

6. **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** El trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección clínica.

Tras abordar los tipos de depresión, es fundamental conocer los distintos síntomas para poder identificarla y posteriormente tratarla de manera adecuada, pues estos son muy diversos. Tal y como destaca el Instituto Nacional de Salud Mental (2021) entre los síntomas frecuentes de la depresión se incluyen los siguientes:

- Sentimientos de:
 - Tristeza, ansiedad o “vacío” persistentes
 - Desilusión o negatividad
 - Irritabilidad, frustración o intranquilidad
 - Culpabilidad, inutilidad o impotencia
 - Desmotivación y apatía en las actividades y los pasatiempos
 - Fatiga, disminución de energía o sensación de que está más lento
 - Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
 - Trastornos del sueño
 - Cambios en el apetito o en el peso sin haberlos planificado
 - Dolores y molestias, dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física aparente, o que no se alivian ni con tratamiento
 - Tendencias suicidas
-
- **Factores de riesgo y desencadenantes.**

La depresión en adultos mayores puede verse afectada por diferentes aspectos que incrementan la posibilidad de padecerla. Resaltar que la depresión es una condición compleja y multifactorial, y la combinación de varios elementos puede incidir directamente en su aparición (OMS, 2023). El Instituto Nacional de Salud Mental (2021) de Estados Unidos determina que una persona mayor puede tener mayor riesgo de depresión si:

- Es mujer
- Tiene una enfermedad crónica, como cáncer, diabetes o enfermedades del corazón
- Tiene una discapacidad
- Duerme mal
- Se siente solo o está socialmente aislado

Por otro lado también puede tener un mayor riesgo si:

- Tiene antecedentes personales o familiares de depresión
- Toma ciertos medicamentos
- Sufre de una enfermedad cerebral
- Abusa de las bebidas alcohólicas o las drogas
- Ha tenido acontecimientos estresantes en la vida, como la pérdida de un cónyuge, un divorcio o enfrenta el cuidado de alguien con una enfermedad crónica

Uno de los factores de riesgo y desencadenantes más frecuentes y significativos es la soledad no deseada y el aislamiento. Según lo indicado por el Instituto Nacional de Estadística (2023):

El número de hogares unipersonales en España fue de 5.001.166 en 2021, con un aumento de 807.847 (un 19,3%) respecto a hace 10 años. De ellos, en 2.089.175 hogares residía una persona sola de 65 años (un 22,2% más que en 2011). A su vez, se estima que alrededor de 850.000 de estos tienen 80 o más años de edad. En la mayoría de estos hogares, el 70,8%, reside una mujer. (p. 2)

Cabrero y Rivero (2022) sostienen que la soledad y la ausencia de conexiones sociales suponen un factor determinante en la aparición de problemas de salud mental, tales como depresión estrés psicológico, ansiedad y deterioro cognitivo, además diversos estudios han establecido una vinculación entre la soledad y diversas condiciones crónicas como enfermedades cardíacas, pulmonares y cardiovasculares, hipertensión, arteriosclerosis, derrames cerebrales, trastornos metabólicos y obesidad, entre otros.

Los autores reflexionan acerca del cambio en la perspectiva hacia la soledad, pues anteriormente se la consideraba principalmente como un problema de carácter privado y en la actualidad ha evolucionado hacia un asunto de índole social. Asimismo, este cambio ha sido gradual y se ha visto impulsado por fenómenos como el impacto del envejecimiento, la creciente importancia de la calidad de vida individual en los países desarrollados y una mayor conciencia sobre la importancia de la salud mental.

Tratando otro tema, la Confederación Salud Mental España (2023) expone que:

El suicidio entre las personas mayores se incrementó un 8,8% en los últimos 5 años, según los últimos datos definitivos de 2017 a 2021 publicados por el Instituto Nacional de Estadística. En España, un total de 1.235 personas mayores de 65 años fallecieron en 2021 por suicidio. En nuestro país, hay casi 10 millones de personas mayores de 65 años (20% de la población total. Sin embargo, los suicidios en mayores de 65 representaron el 30,85% del total. El 75% fueron hombres (921) y el 25% mujeres. (párr. 2).

En cuanto al género, Mendizábal (2018) expresa que generalmente las mujeres tienen una situación social de inferioridad y un acceso limitado a recursos esenciales como

educación, empleo y servicios de salud, y Luna y Pinto (2021) afirman que ser mujer, tener más de 65 años, vivir sola, tener escasos recursos económicos, contar con una menor percepción de salud y estar descontenta con la frecuencia de contacto con la red de apoyo están asociadas de manera significativa con la probabilidad de experimentar sentimientos de soledad.

Datos publicados en el informe “La situación de la salud mental en España” en 2023 por Salud Mental España y la Fundación Mutua Madrileña señala que las mujeres son especialmente susceptibles en términos de salud mental, ya que la probabilidad de tener experiencias personales en salud mental y de consumir psicofármacos se incrementa al ser mujer.

Manteniendo el enfoque en este tema, las personas mayores, al disminuir su rol en la familia, especialmente las mujeres mayores, experimentan una desconexión entre su pasado (vida centrada en la familia) y presente (poco contacto intergeneracional), generando una crisis en su identidad. Esta situación se traduce en un mayor riesgo de depresión y deterioro funcional. Aquellas que no puedan asumir un nuevo rol social fuera del hogar corren el peligro de ser marginadas, volviéndose invisibles y formando parte de una población vulnerable y de alto riesgo (Luna y Pinto, 2021).

Volviendo a los factores de riesgo o desencadenantes, destacamos el progresivo deterioro de la salud física. “La relación entre depresión y enfermedad médica es bidireccional: problemas médicos como el dolor crónico predisponen a la depresión, y la depresión está asociada con peor pronóstico para otras enfermedades” (de la Puente Rodríguez, et al 2018, p. 1).

Es decir, la depresión está estrechamente relacionada con la salud física y, por consiguiente, la salud física desempeña un papel en la depresión. Por ejemplo, tienen una probabilidad más alta de experimentar depresión en comparación con aquellas que gozan de

buena salud aquellos ancianos y ancianas que padezcan enfermedades cardíacas, y a su vez la falta de tratamiento para la depresión en el caso de un anciano con afecciones cardíacas puede agudizar los síntomas de la enfermedad del corazón (García, 2021).

Un estatus funcional pobre, una percepción negativa sobre su salud y dificultad de movilidad están negativamente relacionadas con la soledad. Es decir, a menor movilidad mayores niveles de soledad. El deterioro de la salud física y la dependencia funcional limitan la participación social y las relaciones sociales, aumentando la soledad de estas personas (Luna y Pinto, 2021). En relación a esto Chasipanta et al. (2020) declaran que la inmovilidad y la falta de actividad física aceleran el deterioro relacionado con la edad y pueden hacer que las capacidades que no se ejercen, como por ejemplo subir y bajar escaleras, pronto se vuelvan imposibles de realizar.

Por último, mencionar que muchos jóvenes desarrollan prejuicios y estereotipos sobre la vejez a lo largo de su vida, lo que desemboca en percepciones negativas sobre sí mismos al alcanzar esa etapa. Estas percepciones pueden incluir ideas de invalidez progresiva, inutilidad permanente e incluso la creencia en la proximidad a la muerte inminente, ignorando las facultades, habilidades y capacidades que aún conservan (Ortiz Albo, 2019). Estos estereotipos y prejuicios pueden tener impactos negativos en la percepción y la calidad de vida, especialmente en la autoestima.

- **Métodos de detección y diagnóstico.**

La depresión en adultos mayores no solo tiene un impacto en el bienestar emocional, sino que también puede afectar a la calidad de vida general y la salud física. Por ello, identificar los signos de depresión en personas mayores es fundamental para brindar el apoyo necesario.

En relación a esto el Instituto Nacional de Salud Mental (2021) argumenta lo siguiente:

A menudo, los adultos mayores con depresión sufren de tristeza o aflicción, o pueden tener síntomas menos evidentes. Pueden informar que sienten una carencia de emociones, en lugar de un estado de ánimo depresivo. Además, tienen una mayor probabilidad de presentar otras afecciones de salud o dolores que pueden causar o contribuir a la depresión. En casos graves, pueden ser notables los problemas de memoria y razonamiento (llamados pseudodemencia).

Para diagnosticar depresión a una persona, esta debe presentar cinco síntomas de la enfermedad todos los días, casi todo el día y por lo menos durante dos semanas. Uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. (p. 4)

En cuanto a los métodos de detección de depresión en los ancianos de la Puente Rodríguez et al. (2018) explican que el primer paso a seguir en un diagnóstico de este tipo es realizar una diferenciación del origen del cuadro depresivo, considerando cuatro posibilidades:

1. Un trastorno depresivo mayor unipolar de aparición tardía.
2. Un cuadro depresivo como pródromo de un trastorno orgánico cerebral (demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, etc.).
3. Un trastorno depresivo secundario a una enfermedad médica
4. Un trastorno de adaptación secundario a las modificaciones psicosociales y las pérdidas asociadas con frecuencia al envejecimiento. (p. 10)

Seguidamente los autores aconsejan realizar una exploración clínica en la que se tenga en cuenta algunos factores como la apatía y falta de motivación y el tipo de queja que suele referir el usuario, entre otros.

Sumado a esto destacan también una exploración neuropsicológica básica en la que se hace uso de diferentes tests que con el tiempo se repetirán para estudiar su seguimiento y pruebas

complementarias entre las que destacan un análisis con hemograma completo y una exploración de neuroimagen, por ejemplo, una tomografía computarizada, TC, craneal).

Por último, hacer hincapié en la escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage, la más utilizada específicamente en ancianos.

Tabla 1:

Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (versión española): GDS-VE

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i>		

Fuente: Martínez et al. (2002).

- **Enfoques de tratamiento y prevención.**

La depresión durante el envejecimiento es una afección tratable y muchos adultos mayores que la padecen responden de manera positiva a la intervención y el tratamiento. Asimismo, cabe recalcar que el tratamiento de la depresión en los ancianos es igual de eficaz como en el resto de la población y es esencial su detección y correcto diagnóstico. Sin embargo, es importante tener presente que la recuperación puede variar según la persona y la gravedad de la depresión. (NIH, 2022)

El tratamiento de la depresión en ancianos y ancianas tiene que ir dirigido principalmente a mejorar la salud mental individual y, como consecuencia de esto, generar implicaciones positivas para la salud física, las relaciones sociales y la calidad de vida en general. Ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de adaptación apropiadas para afrontar la discapacidad o las adversidades sociales, disminuir o atenuar los síntomas depresivos y mejorar la situación cognitiva y funcional son tres de los aspectos más relevantes a los que los objetivos del tratamiento de la depresión en el anciano/a deben ir dirigidos tal y como indican de la Puente Rodríguez et al. (2018).

Siguiendo a estos autores existen evidencias suficientes que demuestran que las intervenciones psicológicas son efectivas en las depresiones de los mayores leves y moderadas y la terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento psicológico que ha demostrado una mayor evidencia en la recuperación de la depresión del anciano. Sin embargo, tal y como indica Seguro Baranda (2019) existen otros dos que junto con la psicoterapia conforman los pilares básicos en el tratamiento de la depresión: la psicofarmacología y la terapia electroconvulsiva. Referente a la TCC, este tipo de terapia resulta de gran utilidad para aquellas personas que se muestran más reticentes al uso de fármacos y que sufren de ansiedad y depresión leve.

Esta técnica de intervención parte de:

La idea de que la depresión es la consecuencia de una combinación de déficit en las habilidades de afrontamiento, problemas con la regulación emocional y una perspectiva extremadamente negativa del mundo y de la capacidad de la propia persona para actuar adecuadamente en él. (Sales et al., 2015, p. 166).

Rodríguez et al. (2017) señalan que, a través de la terapia cognitivo-conductual, las personas mayores fueron capaces de aprender sobre los pensamientos e ideas que causaron su depresión, lo que condujo a cambios en el aprendizaje y a la posibilidad de detectar y observar las circunstancias de distinta manera.

Siguiendo a Pompa et al. (2021):

Tras realizar un estudio descriptivo y de corte transversal de una intervención psicológica en una muestra de 20 adultos mayores pertenecientes al consultorio médico familiar basándose en el Modelo cognitivo – conductual de Beck, a medida que lograron detectar sus pensamientos distorsionados como la sobregeneralización (“nadie me quiere”, “nadie se preocupa por mí”), la inferencia arbitraria (“las cosas en mi vida no van a mejorar”) y la falacia de control (“no sirvo para nada”) y confrontarlos, consiguieron sentirse mejor; menos tristes y ansiosos. (p. 10)

Además, consiguieron la motivación que necesitaban y por lo tanto se redujeron los niveles de tristeza y, a través de la reestructuración cognitiva, comenzaron a pensar y percibir su situación de otra manera (Pompa et al., 2021).

Utilizando como referencia a Seguro Baranda (2019) la prevención de la depresión en las personas mayores requiere de un abordaje muy diverso que tenga en cuenta aspectos médicos, psicológicos y sociales. Fomentar hábitos saludables como una dieta equilibrada, ejercicio físico diario, estimulación cognitiva, técnicas de relajación, así como desarrollar estrategias que promuevan un envejecimiento saludable pueden ser esenciales en la

prevención de este tipo de enfermedades. Por otra parte, desde el punto de vista psicosocial resulta crucial que los ancianos/as en riesgo de experimentar depresión desarrollen estrategias efectivas de afrontamiento. Estas estrategias, que incluyen la regulación emocional y cognitiva, la activación conductual, la reinterpretación positiva y la interacción social, han demostrado ser elementos protectores contra el desarrollo de la depresión en este colectivo.

Siguiendo con la prevención, este año 2023 con motivo del Día Mundial de la Prevención del Suicidio la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2023) ha difundido **10 medidas de prevención del suicidio en personas mayores** entre las que destacamos cinco:

1. Prestar más atención a las señales de riesgo ya que es menos probable que las personas mayores muestran señales de advertencia además que comunican menos las tendencias autolesivas.
2. Estimular la participación social de las personas mayores destacando su función y experiencias como impulsores de conocimiento, así como desarrollar conexiones y arraigo social.
3. Combatir la discriminación por edad y promover el respeto a la vejez.
4. Educar y concienciar a las personas y los equipos profesionales implicados en la atención a las personas mayores.
5. Fortalecer la difusión y accesibilidad de información sobre los servicios y recursos de apoyo y prevención disponibles.

3. Demencia en Personas Mayores

- **Definición y tipos de demencia.**

Según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2023) la demencia o trastorno neurocognitivo mayor se refiere al conjunto de enfermedades que alteran la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas. La enfermedad se caracteriza en que se agrava con el tiempo y afecta principalmente a las personas mayores, aunque no todas las personas la padecerán a medida que envejecen.

La demencia representa una de las principales preocupaciones de salud a nivel global. La OMS (2023) estima que:

Más de 55 millones de personas tienen demencia en todo el mundo y que es la séptima causa de defunción y una de las causas principales de discapacidad y dependencia entre los adultos mayores. Además, el Alzheimer es la forma más común de demencia, con un 60-70% de los casos.

Asimismo, Iribarne et al. (2020) la definen también como:

Un síndrome clínico adquirido caracterizado por un déficit cognitivo múltiple que implica un deterioro significativo de la memoria y de otras funciones cognitivas en relación con el nivel de funcionamiento previo del individuo, afectando las actividades de la vida diaria del mismo (p. 152).

Si bien el Alzheimer es el tipo de demencia más común existen otros tipos frecuentes como la Demencia Vascular (DV), la Demencia por Cuerpos de Lewy (DLB) y la Demencia Frontotemporal (DFT), entre otras no tan comunes.

Conforme a los autores de la Puente Rodríguez et al. (2018) la DV ocupa el segundo lugar como causa de demencia más frecuente y es el resultado de una o varias lesiones vasculares cerebrales de cualquier etiología como un Ataque Isquémico Transitorio (TIA) o un Accidente Vascular Encefálico (AVE).

A su vez la Demencia por Cuerpos de Lewy (DLB) representa el 10-15% de los casos de demencia y el rasgo característico es “la afectación de funciones superiores, inicialmente disminución de la atención, disfunción ejecutiva, capacidad visoespacial y en menor medida la memoria, que repercute en el funcionamiento global” (p. 4). Los síntomas pueden ir desde parkinsonismo, alucinaciones visuales recurrentes hasta variabilidad en la función cognitiva con cambios notorios en la atención y alerta.

Por último, la Demencia Frontotemporal (DFT) o la degeneración lobar frontotemporal se distingue por la degeneración corticobasal o parálisis supranuclear progresiva, la aparición temprana de alteraciones del comportamiento muy disruptivas y enfermedades moto-neuronales como esclerosis lateral primaria y atrofia muscular progresiva, entre otros aspectos. Este tipo de demencia no es habitual diagnosticarla a personas mayores de 70 años, pues la edad media es de 58, por tanto los casos diagnosticados en las consultas de geriatría son poco frecuentes.

- **Síntomas y progresión de la demencia**

Ahondando en los síntomas Iribarne et al. (2020) señalan que los síntomas depresivos son frecuentes en la demencia vascular y en la enfermedad de Alzheimer (EA) especialmente en la etapa prodrómica mientras que en la DFT es habitual la presencia de síntomas psiquiátricos que aparecen tempranamente en su evolución. Asimismo, en la DLB los síntomas se asocian al enlentecimiento psicomotor y déficit en función ejecutiva como caídas, hipomimia, rigidez, temblor, entre muchos otros.

Es común observar síntomas psiquiátricos, especialmente los relacionados con el estado de ánimo, en personas con demencia, los cuales pueden surgir incluso antes de que se evidencie el deterioro cognitivo. Además, en adultos mayores, los trastornos del ánimo a menudo se acompañan de una sintomatología cognitiva significativa.

Los autores previamente citados detallan que los síntomas se pueden clasificar en síntomas cognitivos y conductuales según la relación entre los diferentes elementos que evidencian el impacto en las habilidades y funciones del paciente.

La sintomatología cognitiva aborda la alteración de la memoria, trastorno del lenguaje que dificulta leer, escribir y expresar lo que se quiere decir, incapacidad para realizar movimientos o acciones motoras a pesar de estar físicamente capacitado para efectuarlo o la imposibilidad de detectar objetos en base al sonido como el sonido de un teléfono.

Por otro lado, la sintomatología conductual alude a cambios en el comportamiento de la persona enferma como depresión, agresividad, delirios, irritabilidad, cambios de personalidad, agitación, etc.

Respecto a esto y según la información de Iribarne et al (2020) entre el 30% y el 50% de las personas afectadas por el Alzheimer experimentan síntomas depresivos, mientras que un 10% experimenta depresión mayor. A su vez, más del 30% de las personas con demencia vascular experimentan depresión mayor. Por último, conviene mencionar que en la Demencia Frontotemporal las manifestaciones de conducta se evidencian tan regularmente que hasta el 50% de estos enfermos ha sido inicialmente diagnosticado con un trastorno psiquiátrico primario.

Acerca de la progresión de esta enfermedad se calcula que, en promedio, la esperanza de vida después del diagnóstico es de 10 años. La escala Global Deterioration Scale (GDS) divide la gravedad de la demencia en 7 estadios, siendo el estadio 7 la fase más avanzada de la enfermedad, la cual se caracteriza por la gran vulnerabilidad del individuo con un deterioro cognitivo grave, imposibilidad para comunicarse verbalmente, dependencia funcional completa y la aparición de otras afecciones como infecciones y problemas de alimentación, entre otras. Esta fase puede suponer los últimos 2 o 3 años de la enfermedad. (García-Cabrera, et al, 2022).

Tabla 2:

Fases o estadios de la demencia

<i>Global Deterioration Scale (GDS) y Functional Assessment Staging Tool (FAST)</i>			
Estadio GDS	Características GDS	Estadio FAST	Diagnóstico
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo	FAST 1. Ausencia de déficits funcionales objetivos o subjetivos	Normal
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Quejas de memoria. No se observa déficit en el examen clínico. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología	FAST 2. Déficit funcional subjetivo	Normal para la edad
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Primeros defectos claros con manifestación en una o más de estas áreas Haberse perdido en un lugar no familiar Rendimiento laboral pobre Dificultad incipiente para evocar nombres de personas Retiene escasa información tras la lectura Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido Disminución de la capacidad organizativa Evidencia objetiva de fallos de memoria y de concentración	FAST 3. Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas que generalmente son detectados por familiares y amigos	Deterioro cognitivo leve
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Defectos manifiestos en Olvido de hechos recientes, cotidianos o en el recuerdo de su historia personal Dificultad para la concentración, evidente en operaciones de resta de 7 en 7 Incapacidad para planificar viajes o actividades complejas Labilidad afectiva y negación	FAST 4. Déficits observados en tareas complejas como control de aspectos económicos, personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Demencia leve
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Necesita ayuda para elegir la ropa Incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombre de familiares) Desorientación en tiempo y espacio frecuentes Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4 Sabe el nombre de su pareja e hijos	FAST 5. Dificultad para escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Demencia moderada
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Olvida ocasionalmente el nombre de su pareja Desorientación temporoespacial Dificultad para contar de 10 en 10 Puede necesitar asistencia para las ABVD e incontinencia Recuerda su nombre y diferencia familiares de desconocidos Alteración del ritmo diurno Presencia de SPCD (delirio, ansiedad, agitación)	FAST 6. Dificultad en la realización de las ABVD FAST 6a: dificultad para vestirse solo FAST 6b: dificultad para bañarse solo FAST 6c: dificultad para lavarse y arreglarse solo FAST 6d: incontinencia urinaria FAST 6e: incontinencia fecal	Demencia moderada-grave
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia en la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Presencia de signos neurológicos	FAST 7. Pérdida del habla y de la capacidad motora FAST 7a: habla limitada a 6 palabras FAST 7b: habla limitada a una única palabra FAST 7c: incapacidad para deambular solo FAST 7d: incapacidad para sentarse y levantarse sin ayuda FAST 7e: incapacidad para sonreír FAST 7f: incapacidad para mantener la cabeza erguida	Demencia grave

Fuente: García-Cabrera et al (2022).

- **Herramientas de detección y diagnóstico.**

En lo que respecta a las herramientas de detección y diagnóstico de la Puente et al (2018) basándose en el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª edición), señalan que para la evaluación de esta enfermedad “se debe realizar una valoración geriátrica integral (VGI) que abarque diferentes dimensiones incluyendo aspectos clínicos, funcionales, mentales y sociales” (p. 2)

Desde el punto de vista clínico, los autores destacan la importancia de los factores de riesgo vascular y los síndromes geriátricos, aparte de la historia clínica. Además, se llevará a cabo una evaluación de la prescripción de medicamentos que puedan afectar la cognición, siendo a menudo necesario ajustar o eliminar aquellos que puedan tener ese impacto.

En cuanto a la evaluación del impacto sobre el funcionamiento global del paciente se determina que constituye uno de los pilares diagnósticos. En este, se evalúa la disminución en la habilidad para llevar a cabo las actividades instrumentales mediante la escala de Lawton y Brody, una de las más comúnmente utilizadas. Esta escala evalúa ocho capacidades instrumentales (teléfono, medicación, compra, cocina, tareas domésticas, lavado de ropa, uso de medios de transporte y asuntos económicos).

Finalmente, en el ámbito mental, se investigará el nivel de educación, los historiales familiares de deterioro cognitivo, los trastornos del sueño y la presencia de signos ansioso-depresivos mientras que en el social se debe identificar al cuidador principal, evaluar el entorno familiar y las ayudas que recibe el paciente.

Continuando con el artículo de la Puente et al “Alteraciones de la esfera mental: demencia y depresión en el anciano” la confirmación del deterioro de las funciones superiores requiere del uso de pruebas validadas, como los tests cognitivos los cuales se dividen en pruebas de detección breves, evaluaciones generales breves-intermedias y pruebas específicas. La versión española del test Mini Mental State Examination (MMSE) y Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) son las pruebas breves de cribado más empleadas para la evaluación breve del estado mental.

La prueba (MMSE) es un instrumento que se utiliza para evaluar el estado mental de pacientes hospitalizados de una forma rápida, en torno a los 5-10 minutos. Este test investiga cinco dominios cognitivos que son, esencialmente: orientación temporoespacial, memoria diferida, atención y cálculo, lenguaje y capacidad visoconstructiva de dibujo, y cuya

puntuación total es de 30 puntos. Gracias a esta prueba, se puede considerar una demencia leve si en el MMSE se establece una puntuación entre 18-26 puntos, moderada entre 11-17 puntos, y grave cuando se obtiene una puntuación total de 10 puntos o menos, aunque estos criterios pueden variar ligeramente.

Si bien se ha sugerido como un test para confirmar el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer con propiedades psicométricas óptimas, su eficacia para detectar deterioros leves en demencias vasculares o frontales podría limitarse debido a la falta de tareas ejecutivas (Llamas-Velasco et al 2015, p. 365).

También, el Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI) “fue diseñado con el objetivo de recoger la información acerca de los síntomas neuropsiquiátricos y las alteraciones de conducta en personas con enfermedades neurológicas degenerativas, como la enfermedad de alzheimer y otras demencias” (Moliner Muñoz, 2020, p. 86). Estos datos se refieren a las modificaciones en el comportamiento que han ocurrido desde el inicio de la enfermedad y que han persistido durante el último mes, tales como la presencia de delirios, alucinaciones, disforia, ansiedad, euforia, agresividad, apatía, irritabilidad, desinhibición, y conducta motora anómala (Moliner Muñoz, 2020).

Tabla 3**Inventario Neuropsiquiátrico - Apatía**

2.1.3. NPI-apatía

Conteste SÍ o NO dependiendo de si en el último mes se han presentado los distintos síntomas. En el caso de que la respuesta sea un SÍ, se debe puntuar la frecuencia del 1 al 4 (1=Ocasionalmente; 2=A veces, una vez a la semana; 3=Frecuentemente, varias veces a la semana, pero no todos los días; 4=Muy frecuente, una o más veces al día, todos los días de la semana; y la severidad de la misma del 1 al 3 (1=Leve; 2=Moderada; 3=Grave).

		FRECUENCIA Puntúe del 1 al 4	SEVERIDAD Puntúe del 1 al 3
1) ¿Está menos espontáneo o activo de lo habitual?	SÍ / NO		
2) ¿Tiene menos iniciativa para comenzar una conversación?	SÍ / NO		
3) ¿Está menos cariñoso o carente de emociones en comparación a como era habitualmente antes de la enfermedad?	SÍ / NO		
4) ¿Ayuda menos en las tareas domésticas?	SÍ / NO		
5) ¿Está menos interesado en las tareas o planes de los otros?	SÍ / NO		
6) ¿Ha perdido interés en los amigos o en los miembros de la familia?	SÍ / NO		
7) ¿Tiene menos entusiasmo en sus intereses habituales?	SÍ / NO		
8) ¿Se sienta en silencio sin prestar atención a las cosas que suceden a su alrededor?	SÍ / NO		
9) ¿Ha reducido su participación en actividades sociales incluso cuando se le anima a ello?	SÍ / NO		
10) ¿Está menos interesado o siente menos curiosidad acerca de las rutinas o de los nuevos acontecimientos que ocurren a su alrededor?	SÍ / NO		
11) ¿Expresa menos emoción frente a situaciones positivas o negativas?	SÍ / NO		

Fuente: Moliner Muñoz (2020).

- **Estrategias de atención y cuidado para personas con demencia.**

Siguiendo las indicaciones de García-Cabrera et al (2022) sobre las estrategias de atención y cuidado para personas con dependencia, la manera en que se aborden puede tener impacto tanto en la supervivencia como en la calidad de vida del enfermo y de las personas que lo rodean. Asimismo, la toma de decisiones suele recaer sobre los familiares debido a que es inusual que las personas diagnosticadas contribuyan en la elaboración de planes de tratamiento, dado que la mayoría no recibe información sobre su diagnóstico cuando aún tienen la capacidad para participar en tal proceso y a medida que avanza la enfermedad, pierden la capacidad de tomar decisiones. Los autores afirman que es clave realizar una planificación anticipada de los cuidados (PAC) siendo el protagonista principal el enfermo.

Por otro lado, más allá de los cuidados no farmacológicos, es esencial implementar otros como la musicoterapia, la promoción de la movilidad y actividades recreativas, así como establecer una rutina diaria. Además de asegurar la satisfacción de las necesidades fundamentales de los pacientes, mantener un control adecuado de los problemas médicos que puedan surgir, ajustar el entorno a sus necesidades, emplear medicamentos específicos para la demencia y proporcionar formación a los cuidadores.

La Organización Mundial de la Salud (2023) asegura que pese que no hay ningún tratamiento para la demencia, realizar actividad física regular, participar en actividades e interacciones sociales que estimulen el cerebro, mantener la actividad diaria normal y seguir una dieta saludable pueden mantener su calidad de vida, mejorar su bienestar e incluso controlar los síntomas de la enfermedad.

Paola (2021) destaca la importancia de estimular la memoria puesto que la práctica regular puede fortalecerla sin importar la edad, siempre que estas personas estén sanas.

Asimismo, el autor hace hincapié en las numerosas ventajas de las intervenciones grupales, específicamente en relación con los Talleres de Estimulación de la Memoria dirigidos a personas mayores, alguna de ellas son:

- Reducen la ansiedad asociada con los olvidos
- Facilitan compartir enfoques y técnicas para abordar y minimizar los problemas relacionados con la pérdida de memoria.
- Permiten (bajo una perspectiva centrada en los derechos de los mayores) cuestionar y revisar los diversos prejuicios vinculados a la vejez, al mismo tiempo que refuerzan las conexiones entre individuos de la misma edad.

Sin embargo, en enfermedades neurodegenerativas como la demencia, la atención paliativa cobra gran protagonismo pues los estadios GDS 6 Y GDS 7 se caracterizan por un deterioro cognitivo y físico severo con profundos déficits de memoria, habilidades verbales mínimas, incontinencia urinaria y fecal, y una dependencia total para realizar actividades básicas de la vida diaria.

“En el enfoque de esta enfermedad, no se dispone de un tratamiento médico con fines curativos; más bien, se orienta a mitigar las alteraciones, ralentizar los síntomas y mejorar las áreas cognitivas afectadas del individuo” (Cenzual et al 2022, p. 2). En este sentido cobra gran importancia la medicina paliativa, la cual “asiste a pacientes que enfrentan estos procesos y les provee insumos para mejorar su calidad de vida, aliviar su dolor y apoyar a quienes les asisten; en una forma interdisciplinaria e integral” (Alpízar Herrera, 2019, p. 117).

Para Acevedo et al (2021) el cuidado paliativo no solo aborda la demencia avanzada como una enfermedad terminal, sino también todos los factores que influyen en esta etapa de manera integral, siendo su objetivo preservar la máxima calidad de vida hasta el final ya que se centra en optimizar el bienestar en lugar de simplemente evaluar el pronóstico.

Por tanto, los cuidados y la atención al final de la vida para pacientes con demencia terminal y durante la misma debe priorizar la calidad de vida. Esto implica respetar al paciente como un individuo único, involucrarlo en la toma de decisiones siempre que sea posible y considerar sus deseos previamente expresados (Alpízar Herrera, 2019).

4. Abordaje desde el Trabajo Social

Desde el punto de vista del Trabajo Social Gerontológico, Paola (2021) habla que es complicado precisar el nivel de participación activa del quehacer profesional en acciones específicas relacionadas con el tema de la vejez o el envejecimiento, igualmente contempla a esta disciplina en concreto como un ámbito en desarrollo y crecimiento debido a la falta de sistematización e investigación.

A su vez, el autor menciona que si se echa la vista atrás en el tiempo, el Trabajo Social con personas mayores ha sido reconocido como una parte fundamental y original de la disciplina, vinculado primordialmente al asistencialismo que se ejercía en los asilos de ancianos/as en torno a los años cuarenta.

Por otra parte, Intriago-Molina y Loo-Lino (2021) apuntan que la labor del trabajador social se centra principalmente en mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de actividades destinadas a promover su bienestar socioemocional, apoyándose en métodos, técnicas e instrumentos profesionales, tales como el índice de Barthel, la escala de Lawton y Brody, y el test de mini mental. Estos instrumentos sirven como base para el diseño y la implementación de actividades orientadas a mejorar significativamente la calidad de vida de los adultos mayores

Para Bartels (2016) la intención del Trabajo Social Gerontológico también es garantizar la calidad y el bienestar de las personas durante el proceso de envejecimiento, y

para lograrlo se realiza una intervención centrada en la persona. El/la trabajador/a social trata de establecer un entorno y proporcionar apoyo para que la persona pueda desenvolverse de manera independiente y autónoma dentro de sus capacidades y lograr así ejercer el control sobre su vida, entre otros aspectos.

El autor menciona además que el/la profesional posibilita la detección de diferentes elementos del ámbito social, como factores de riesgo y factores protectores, la problemática social existente, los recursos sociales y las redes de apoyo disponibles. Asimismo, en base a la historia social de la persona, la información de la valoración integral de la situación que incluye aspectos médicos y psicosociales y las necesidades del individuo desarrolla un plan de intervención que abarca las distintas dimensiones del Trabajo Social, incluyendo las áreas asistencial, socioeducativa y socio-terapéutica.

Sumado a eso, el/la profesional de Trabajo Social también establece conexiones y coordina recursos en función de las necesidades, manteniendo una supervisión y seguimiento constante de los mismos, y lleva a cabo evaluaciones periódicas de la situación de la persona, la cual puede ser altamente variable, ajustando las intervenciones siempre que sea necesario.

El rol del trabajador social es fundamental en la promoción de la salud mental en personas mayores. Cárdenas Rumazo y Cedeño Barreto (2018) detalla algunas funciones, las cuales clasifica en funciones de atención directa como de atención indirecta

Funciones de los/as trabajadores/as sociales en Gerontología

FUNCIONES DE ATENCIÓN DIRECTA	FUNCIONES DE ATENCIÓN INDIRECTA
Función preventiva: Detección precoz de problemas sociales que puedan obstaculizar la integración social de las personas mayores, como situaciones de maltrato o abuso hacia el colectivo	Optimización de recursos y planificación de alternativas de intervención. Organizar y sincronizar eficientemente los recursos disponibles para garantizar una ejecución efectiva de las acciones planificadas.

<p>Función promocional: Promoción de las capacidades naturales de las personas mayores orientada a prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa y comunidad envejecida saludable.</p>	<p>Fortalecer y facilitar el acceso a servicios y programas comunitarios en la resolución y prevención de problemática social.</p>
<p>Función asistencial: Fortalecimiento de la autonomía de la persona y promoción de la utilización de recursos así como facilitar el acceso a servicios y programas comunitarios para satisfacer sus necesidades sociales.</p>	<p>Gestión orientada el procesamiento y obtención de recursos necesarios para la atención y llevar a cabo intervenciones sociales.</p>
<p>Función rehabilitadora: Rehabilitación y reinserción social de las personas mayores que han experimentado algún tipo de deterioro físico, cognitivo o social, a través por ejemplo de intervenciones terapéuticas.</p>	<p>Diseño, elaboración y cumplimentación de elementos como la ficha social, historia social e informe social.</p>
<p>Función informativa: Brindar información acerca de derechos y recursos sociales para las personas mayores, así como asesoramiento ante las demandas planteadas</p>	<p>Programación y evaluación de planes, estrategias y políticas sociales.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Cárdenas Rumazo y Cedeño Barreto (2018)

- **Intervenciones y estrategias de apoyo psicosocial.**

En términos de intervenciones y estrategias de apoyo psicosocial desde el TS destaca los talleres de estimulación de la memoria dirigidos a personas mayores sin deterioro cognitivo. Siguiendo a Paola (2021) , la contribución particular del Trabajo Social a estas actividades prácticas se relacionan con las siguientes características:

1. La formulación de objetivos de trabajo grupal que incluya el reconocimiento, la defensa y la promoción de los derechos de las personas mayores
2. La planificación de actividades grupales que consideren las necesidades y particularidades de los participantes del espacio
3. La coordinación grupal que tenga en cuenta a los mayores como sujetos activos participantes del proceso de enseñanza y aprendizaje
4. La incorporación de contenidos que incluyan información actualizada y confiable
5. La posibilidad de integrar los contenidos trabajados y articularlos con su vida cotidiana. (p. 136)

Del mismo modo, Alemany (2019) expresa que la aplicación de las artes con el fin de manifestar y profundizar en emociones complejas puede representar una herramienta de gran valor para los y las trabajadoras sociales, los cuales actúan como facilitadores durante la intervención dejando como único protagonista al usuario.

Así pues, la arteterapia se considera como una forma de psicoterapia que incluye las artes con la finalidad de fortalecer la salud mental. Esta modalidad de terapia artística es una oportunidad para expresar aquellas emociones y sentimientos que a la persona le pueda costar verbalizar y que invita a la reflexión de los mismos, contribuyendo así al proceso de recuperación frente a miedos, bloqueos emocionales o traumas.

Según palabras textuales de la autora, la arteterapia “se trata de trabajar desde el corazón, entrar en un estado de abstracción que permita representar lo que se siente. El arte permite aflorar los conflictos personales y facilita la elaboración de las emociones” (Alemany, 2019, p. 3).

Continuando con la autora, existen muchas alternativas en cuanto a terapias artísticas como el teatro, la narrativa, el baile, la musicoterapia, las artes plásticas, etc. En ellas, el/la profesional encargado/a de la intervención tendrá que combinar el permanecer en silencio y

favorecer la expresión emocional, con la habilidad de intervenir, respaldar o preguntar de manera sutil, promoviendo así el diálogo y la reflexión.

Relacionado con la musicoterapia, Cenzual et al (2022) exponen que actúa como punto de unión de la comunicación que ha sido interrumpida por la enfermedad. Los autores recogen que según los expertos el fundamento principal de la base terapéutica de la musicoterapia son las emociones que actúan como desencadenantes de las sensaciones generadas por la música.

Manteniendo la línea de los autores mencionados, la musicoterapia aplicada al Alzheimer y otras demencias ha presentado una reacción favorable en los pacientes, ya que se ha evidenciado que refuerza la memoria, la orientación y el lenguaje, además de reducir los sentimientos pesimistas y de enfado, teniendo como consecuencia la aparición de emociones positivas que contribuyen a la socialización y cohesión grupal, y en definitiva, a mejorar la calidad de vida de la persona.

5. Método

La metodología que se ha utilizado para llevar a cabo este trabajo se ha basado en realizar una revisión bibliográfica mediante el análisis exhaustivo de diversas fuentes primarias y secundarias que abordaron el tema principal, apoyándonos del método PRISMA (Page, et al, 2021).

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se han llevado a cabo han sido los siguientes: (i) artículos científicos o libros (ii) artículos que estuvieran escritos únicamente en español, (iii) artículos que traten la situación de la salud mental en adultos mayores, (iv) artículos que traten de la depresión y demencia en ancianos, (v) artículos que traten el envejecimiento

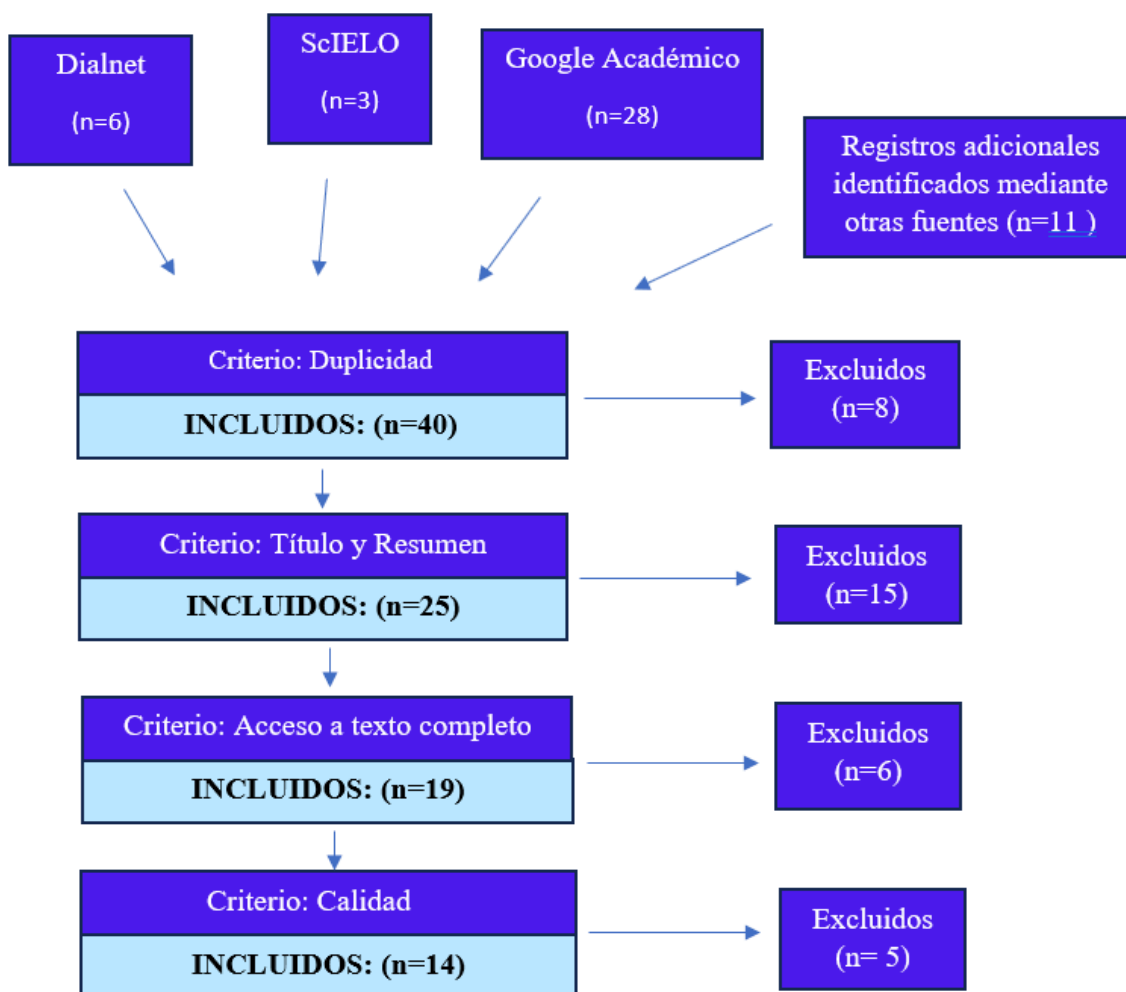
En los procesos de búsqueda llevados a cabo anteriormente, se excluyeron artículos los cuales estaban duplicados en distintas bases de datos y, a la hora de valorar la calidad de los estudios, se descartaron aquellos que no eran pertinentes para la temática central del trabajo, ya que no contribuyen de manera significativa a la valoración de la índole de los artículos.

Concretamente, los criterios de exclusión fueron los siguientes: (i) artículos no relacionados con los objetivos del trabajo, (ii) artículos que no tratan la salud mental específicamente en adultos mayores, (iii) artículos en otro idioma que no sea el español, (iv) artículos anteriores a 2015, (v) artículos que traten enfermedades de salud mental que no sean la depresión y la demencia, (vi) programas de intervención

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de los distintos estudios se realizó a través de las bases de datos Dialnet, Google Académico y ScIELO. La revisión se ha realizado únicamente en español mediante palabras clave como: adulto mayor, personas mayores, salud mental, demencia, depresión, vejez, prevención, envejecimiento, soledad.

En el siguiente flujograma, se presenta la estructura de la búsqueda de artículos.



Estructura de datos

En cada estudio se identificaron una serie de variables: detalles de la publicación, objetivos del estudio, características del diseño, instrumentos utilizados, variables estudiadas, características de la muestra y principales conclusiones.

6. Resultados

Características descriptivas

Las características de los estudios incluidos en la revisión están expuestos en la Tabla 1. La mayoría de los artículos incluidos, concretamente 10, son revisiones bibliográficas. De los 4

restantes, hay tres artículos y un libro electrónico. El primero de ellos hace uso de una investigación cuantitativa de tipo descriptiva, el segundo se trata de una investigación no experimental de tipo descriptivo con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo y por último un artículo de investigación cualitativa.

En lo que respecta a los artículos de investigación, el rango de participantes establecidos en cada uno ha sido entre 30 (Intriago-Molina y Loor-Lino, 2021) la muestra más pequeña, y 80 (Alonso Crespo, 2016), estos últimos agrupados en tres grupos según la edad.

La muestra de los tres artículos de investigación se compone únicamente de personas mayores tanto hombres como mujeres y muchas de ellas en centros gerontológicos, asimismo la edad más baja es de 55 años en el estudio de Alonso Crespo (2016)

En los estudios de Cárdenas Rumazo y Cerdeño Barreto (2018) e Intriago-Molina y Loor-Lino (2021) se destaca el rol fundamental de los/as trabajadores/as sociales en los centros gerontológicos. Ambos concluyen que la formación de estos profesionales favorece al bienestar socioemocional de los adultos mayores. Por otra parte, Cárdenas Rumazo y Cerdeño Barreto indican que los/as trabajadores/as son claves para cambiar las percepciones negativas sobre la vejez y reconocer la relevancia de los adultos mayores en la sociedad.

En cuanto a los objetivos, los dos estudios nombrados anteriormente se centran en mayor parte en la intervención de los profesionales del TS en los centros gerontológicos así como en la influencia que tienen estos sobre los usuarios, mientras que el estudio de Alonso Crespo (2016) pretende evaluar si la sociedad está preparada para proporcionar una buena calidad de vida a las personas durante su vejez y la necesidad de intervenir sobre la misma desde el Trabajo Social desde antes de llegar a esta etapa del ciclo vital.

En relación a los resultados obtenidos, este último, se afirma en su hipótesis de la evidente falta de planificación para la etapa posterior a la jubilación tanto en quienes se acercan a la

jubilación como en los jubilados. Lo que evidencia la necesidad de promover una mayor conciencia sobre la importancia de la preparación para esta fase de la vida.

Estudios Seleccionados	Objetivo	Características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos y variables	Resultados/Conclusiones
Rodriguez Palmero y Hernandez Luis, 2021	Investigar sobre el abordaje del envejecimiento de las personas mayores de 60 años, que presentan algún problema en salud mental.	<p>a) Materiales: 40 (10 descartados)</p> <p>b) Tipo de materiales: revistas, artículos, informes, base de datos, libros y entrevistas.</p> <p>c) Evalúan: El envejecimiento ligado a la consecuencia de la SND en personas mayores de 60 años</p> <p>d) Población:</p>	Revisión bibliográfica	<p>Instrumentos: Base de datos: Dialnet, Google academic, Punto Q</p> <p>Variable: envejecimiento activo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las consecuencias de la soledad en el envejecimiento de las personas mayores repercute negativamente. 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. 2. El envejecimiento activo ayuda de forma positiva a la inclusion e integracion de las personas mayores en la sociedad

		<p>personas mayores de 60 años</p> <p>e) Análisis: descriptivo</p>			
De la Puente Rodríguez et al, 2018	Estudiar la depresión y la demencia en el anciano, haciendo hincapié en su evaluación, diagnóstico y tratamiento.	<p>a) Estudios: 40</p> <p>b) Tipos de estudios: Metaanálisis, ensayos clínicos controlados, epidemiología, artículos de revisión, guía de prácticas clínicas</p>	Revisión bibliográfica	<p>Instrumentos: DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición)</p> <p>Variable: diagnóstico de la demencia y depresión en el anciano</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es esencial realizar un diagnóstico preciso en casos de sospecha de deterioro cognitivo, evaluando tanto los síntomas cognitivos como los no cognitivos y considerando factores como enfermedades crónicas y el entorno sociofamiliar 2. En adultos mayores con depresión, es importante reconocer síntomas como irritabilidad y ansiedad, considerando su impacto en otras

					enfermedades y el pronóstico. El tratamiento efectivo requiere una identificación precisa y un enfoque terapéutico adecuado.
Iribarne et al, 2020	Ayudar al psiquiatra en la tarea de diferenciar los Trastornos del Ánimo y Demencia.	<p>Estudios: 62</p> <p>Población de estudio: Adultos mayores diagnosticados de demencia o trastornos del ánimo.</p>	Artículo de revisión	<p>Instrumentos: elementos clínicos y estudios complementarios, como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.)</p> <p>Variable: diagnóstico diferencial en el adulto mayor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La demencia y los trastornos de ánimo implican un deterioro en la calidad de vida de los adultos mayores. 2. La demencia comparte sintomatología con los trastornos del ánimo. 3. Es importante hacer un diagnóstico diferencial entre ambas ya que cada una conlleva un abordaje médico diferente. Debido a la complejidad de este diagnóstico, es necesario contar con un equipo multidisciplinar (geriatras, neurólogos, neuropsicólogos, psiquiatras,

					<p>radiólogos...)</p> <p>4. En ocasiones no es posible distinguir dichas patologías y por tanto sólo la respuesta al tratamiento y la evolución de la enfermedad permiten aclarar finalmente el diagnóstico.</p>
García-Cabrera et al, 2022	Estudiar y proporcionar información sobre las características y el curso de la demencia y el protocolo de actuación a la hora de la atención y las necesidades del usuario	<p>a) Estudios: 10</p> <p>b) Tipos de estudios: Metaanálisis, ensayos clínicos controlados, epidemiología, artículos de revisión, guía de prácticas clínicas</p>	Revisión bibliográfica.	Variable: Protocolo diagnóstico y terapéutico de la demencia avanzada en las personas mayores	<p>1. La participación de los pacientes con demencia en la planificación de tratamientos es limitada, lo que resalta la necesidad de realizar una planificación anticipada de los cuidados y conocer las preferencias del paciente para tomar decisiones en su beneficio. Se destaca la importancia de la atención paliativa precoz en pacientes con demencia, lo que puede contribuir a evitar tratamientos</p>

					desproporcionados, mejorar la toma de decisiones y aumentar el confort y la calidad de vida tanto para el paciente como para entorno
Llamas-Velasco et al 2015	Analizar las virtudes y limitaciones del test Minimental State Examination (MMSE), a la hora de evaluar el estado mental de los sujetos, así como aclarar su utilidad clínica actual.	<p>a) Materiales: 69</p> <p>b) Evalúan: Virtudes, limitaciones y utilidad clínica del MMSE</p> <p>c) Análisis: descriptivo</p> <p>d) Revisión exploratoria de la literatura</p>	Revisión bibliográfica	<p>Instrumentos: Base de datos: Pubmed.</p> <p>Variable: Minimental State Examination (MMSE),</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El MMSE es un test muy utilizado para evaluar cognitivamente al adulto mayor. 2. Sin embargo, presenta ciertas limitaciones (p.ej., tiempo de aplicación) que han provocado la creación de otros tests para solucionar dichas carencias. 3. A pesar de ello, es el test más usado a la hora de recabar datos sobre la demencia. 4. En España existen diferentes versiones adaptadas del MMSE original (versiones 30, 35 y 37), que difieren en ciertos aspectos.

					<p>5. Para el futuro, sería ideal poder manejar versiones del 3MS validadas en español (análisis más exhaustivo) e incluso versiones telefónicas.</p>
Paola, 2021	<p>Promover la reflexión acerca del proceso de envejecimiento e interpelar a los lectores acerca de los desarrollos del Trabajo Social en el campo gerontológico actual.</p>		Libro electrónico	<p>Instrumentos :</p> <p>Variable: relación entre el trabajo social y la gerontología</p>	<p>1. El Trabajo Social gerontológico se enfoca en la prevención social, promoviendo prácticas grupales intensivas, organizaciones alternativas y preparación para el envejecimiento y retiro laboral, impulsando enfoques interdisciplinarios y transdisciplinarios.</p> <p>2. El trabajador social debe actuar como facilitador, creando condiciones para que las personas mayores descubran significados en su vida diaria, priorizando el abordaje grupal.</p>

					<p>3. La falta de recursos y oportunidades para que las personas mayores desempeñen roles significativos en la sociedad genera un desajuste que impacta negativamente en su bienestar</p>
Bartels, 2016	Destacar el desafío que representa el aumento de la población adulta mayor, así como sus diversas necesidades, para el campo profesional del Trabajo Social Gerontológico.	<p>Materiales: 19</p> <p>Tipo de materiales: artículos, legislación vigente, informes, base de datos,</p>	Revisión bibliográfica	Variable: El impacto del aumento de la población adulta mayor en las necesidades y desafíos para el trabajo social	<p>1. El envejecimiento acelerado en Costa Rica presenta desafíos significativos, requiriendo avances legislativos y políticas públicas específicas, lo que ha llevado al Trabajo Social a especializarse para atender las necesidades de una población en aumento.</p> <p>2. El TS Gerontológico va más allá de la atención directa a adultos mayores, incluye gerencia, diseño de políticas e</p>

					investigación. Con un enfoque centrado en la persona, busca comprender integralmente a los adultos mayores, promoviendo una imagen positiva de la vejez desde la autonomía personal y considerando los determinantes sociales.
Cárdenas Rumazo y Cedeño Barreto, 2018	Describir las funciones del trabajador social en programas de Centros Gerontológicos, resaltando prácticas que abordan las necesidades de la población de la tercera edad, considerando sus recursos, conocimientos, experiencias y preparación profesional.	Investigación: a) Tamaño: 50 sujetos b) Edad de participantes: 65-75 años el 57%, 76-85 años el 29% y + de 86 años el 14% restante	Investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, con el método deductivo. Revisión sistemática previa.	Variable: descripción de las funciones que el profesional en Trabajo Social brinda en los programas de los Centros Gerontológicos Instrumentos: Encuestas	<ol style="list-style-type: none"> 1. La formación de los profesionales del TS es esencial para cambiar el estereotipo negativo asociado a la vejez y reconocer a los adultos mayores como una población relevante con importantes problemáticas sociales. 2. Aunque los servicios en centros gerontológicos son cruciales, la transición hacia estos entornos

		<p>Revisión bibliográfica:</p> <p>b) Tipo de materiales:</p> <p>Información Primaria (Encuesta, entrevista, testimonios, relatos, grupos de discusión), Información Secundaria: (Libros, Repositorios digitales, Revistas, Diarios) e Información Terciaria (Enciclopedias, catálogos de biblioteca, OPAC online).</p> <p>c) Evalúan: La propia experiencia de los adultos en sus centros gerontológicos</p>			<p>puede generar impactos significativos en la vida de los adultos mayores, destacando la importancia de realizar este cambio con cuidado y cariño para evitar sentimientos negativos.</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>d) Población: Adultos mayores que residen en 5 centros gerontológicos públicos y privados de la ciudad de Portoviejo.</p>			
Cenzual et al, 2022	Abordar el papel de la musicoterapia en la enfermedad de alzheimer (EA) desde el ámbito del trabajo social.	<p>Tipo de muestra: Libros, artículos de revista, páginas web y documentos electrónicos y artículos obtenidos de referencias de otros artículos e investigaciones con resultados originales como revisiones bibliográficas</p>	Revisión bibliográfica	<p>Instrumentos: Bases de datos científicas del servidor bibliográfico de la web de la Universidad Complutense de Madrid: Catálogo Cisne de la Biblioteca de la UCM, PsycINFO, Social Service Abstracts, Dialnet, Academic Search Premier.</p> <p>Variable:La "musicoterapia como tratamiento coadyuvante en la</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La musicoterapia se destaca como un tratamiento integral no farmacológico para personas mayores con Alzheimer, ofreciendo beneficios notables en aspectos emocionales, cognitivos, sociales, conductuales, físicos y motrices. 2. Destaca su carácter no invasivo, sin efectos secundarios y rentable la convierte en una opción recomendada, especialmente cuando se combina con

				enfermedad de Alzheimer".	tratamientos farmacológicos. 3. El TS desempeña un papel crucial en el tratamiento de personas con enfermedad de Alzheimer, colaborando en equipos multidisciplinarios y utilizando recursos como la musicoterapia.
Alonso Crespo, 2016	Conocer si nuestra sociedad carece de las herramientas necesarias para llevar una buena calidad de vida durante la vejez, y la necesidad de intervenir sobre la misma desde el Trabajo Social desde antes de llegar a esta etapa del ciclo vital.	a) Tamaño: Grupo 1: 50 Grupo 2: 20 Grupo 3: 10 b) Edad de participantes: Grupo 1: Entre 55 y 65 Grupo 2: Más de 65 años Grupo 3: Sin detallar c) Materiales: 32	Artículo de investigación	Variable: Influencia de las experiencias y preparación previas en la calidad de vida de las personas mayores Instrumentos: Entrevistas	1. Falta de anticipación y proyectos de las personas de cara a la etapa posterior a la jubilación, tanto en individuos cercanos a la jubilación como en aquellos que ya están jubilados. 2. Carencia de conocimiento acerca de los recursos que la comunidad proporciona a las personas mayores, y al mismo tiempo, falta de interés en buscar dicha información.

		<p>artículos</p> <p>d) Tipo de materiales: revistas, artículos, informes, base de datos, libros</p> <p>e) Evalúan: Si las personas nos sentimos preparadas para afrontar el periodo posterior a la jubilación y cómo este hecho puede influir en la calidad de vida en la tercera edad</p> <p>f) Población: Personas mayores dentro las ciudades de Valladolid y Zamora (grupos 1 y 2) Profesionales que trabajan con personas</p>			<p>3. Las personas que residen en entornos urbanos con educación universitaria, aunque carezcan de un plan específico para la jubilación, están más informadas sobre los recursos disponibles y demuestran mayor interés en participar en actividades que el resto.</p> <p>4. Se evidencia una mayor necesidad de programas de apoyo para personas mayores en entornos urbanos, ya que aquellos en entornos rurales no expresan la misma necesidad debido a tener redes de apoyo más consolidadas.</p>
--	--	---	--	--	--

		mayores. (grupo 3)			
Intriago-Molina y Loor-Lino, 2021	Analizar la intervención del trabajador social en el bienestar socioemocional de los adultos mayores.	<p>a) Tamaño: 31 participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 usuarios del Centro Gerontológico - 1 Trabajadora Social <p>b) Edad de participantes: Mayor de 65</p> <p>Materiales: 34</p> <p>e) Evalúan: Bienestar socioemocional de los adultos mayores</p>	Investigación no experimental de tipo descriptivo con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo	<p>Variable: La intervención del trabajador social en el bienestar socioemocional de los adultos mayores</p> <p>Instrumentos: Entrevista, encuesta y cuestionario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El trabajador social utiliza herramientas de medición, como el índice de Barthel, para mejorar la calidad de vida de adultos mayores. 2. La intervención incluye funciones orientadoras y organizativas, siguiendo un proceso metodológico con estrategias virtuales en el Centro Gerontológico Santa Gema de Galgani. A pesar de que muchos adultos mayores viven con sus familias, algunos viven solos, y la intervención se enfoca en lograr niveles óptimos de

					<p>bienestar socioemocional.</p> <p>3. Se evidencia que los adultos mayores del centro experimentan sentimientos positivos, contribuyendo a su bienestar, a pesar de interacciones limitadas con sus familias debido a situaciones laborales</p>
Ortínez-Martínez et al, 2023	Conocer el impacto de la depresión en la población mayor de 65 años y el vínculo que presenta con el suicidio.	<p>a) Materiales: 32 artículos científicos internacionales y nacionales</p> <p>c) Evalúan: riesgo de depresión en la vejez</p> <p>d) Población: Adultos mayores</p>	Revisión bibliográfica	<p>Instrumentos: Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo y Google Scholar y diferentes páginas webs acreditadas</p> <p>Variables: impacto de la depresión en la población mayor de 65 años y el vínculo que presenta con el suicidio</p>	<p>1. La depresión en las personas mayores de 65 años está relacionada con diversos factores de riesgo (factores biológicos, psicológicos, sociales y clínicos) dando lugar a un aumento del riesgo de suicidio</p>

<p>Mendizábal, 2018</p>	<p>Estudiar la importancia del envejecimiento activo, resaltando el papel fundamental de la educación y el aprendizaje a lo largo de la vida.</p>	<p>a) Materiales: 30 b) Tipo de materiales: artículos, revistas, informes, base de datos . d) Población: Adultos mayores</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Variable: Envejecimiento activo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El envejecimiento se vive como un proceso dinámico, influenciado por las experiencias y adaptaciones a lo largo de la vida. 2. Actualmente, la gente busca no solo vivir más, sino también dar significado y calidad a esos años. Sin embargo, para aquellos con diversidad funcional, lograr este objetivo puede ser un desafío, destacando la necesidad de abordar las desigualdades en el envejecimiento desde diversas perspectivas. 3. El envejecimiento activo es esencial para maximizar la calidad de vida, requiriendo
-----------------------------	---	---	-------------------------------	---	--

					<p>equilibrio entre responsabilidad personal, solidaridad intergeneracional y entornos favorables para decisiones saludables, destacando la educación como un medio clave.</p>
Alpizar Herrera, 2019	<p>Estudiar el conocimiento actual sobre la demencia como condición terminal, destacando la necesidad de atención paliativa desde una perspectiva integral, incluyendo la visión médica y la del paciente con su red de apoyo.</p>	<p>a) Materiales: 17 b) Tipo de materiales: artículos científicos y revistas internacionales c) Evalúan: Cuidados paliativos en personas con demencia d) Población: Pacientes con demencia terminal</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Variable: La demencia como una condición terminal que requiere atención paliativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La demencia, siendo una condición terminal, requiere un enfoque paliativo completo desde el diagnóstico, centrado en el paciente y con objetivos de atención claramente establecidos. 2. Las medidas paliativas tempranas en enfermedades terminales mejoran la calidad de vida sin efectos perjudiciales, beneficiando al paciente y sus cuidadores. No se ha observado ningún efecto perjudicial,

					<p>independientemente del momento de implementación de estas medidas.</p> <p>3. Hay un gran desconocimiento sobre la demencia como condición terminal, lo que retrasa la atención paliativa y la toma de decisiones. Esto perjudica al paciente y añade carga a cuidadores y personal de salud.</p>
--	--	--	--	--	--

7. Discusión

La situación de la salud mental en las personas mayores es un tema de creciente importancia en el ámbito del trabajo social, dada la relevancia de comprender y abordar los desafíos que enfrenta este segmento de la población. A lo largo de este Trabajo de Fin de Grado (TFG), se ha llevado a cabo un análisis exhaustivo con el objetivo de comprender la situación de la salud mental en las personas mayores, centrándose específicamente en la detección y el tratamiento de trastornos como la depresión y la demencia, desde una perspectiva de Trabajo Social. En esta discusión final, se destacan algunas reflexiones clave y recomendaciones derivadas de este estudio.

En primer lugar, es importante reconocer que la salud mental en las personas mayores es un tema complejo y multidimensional ya que existen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales con una influencia más o menos notable. Por otra parte, a lo largo del documento se ha podido observar la correlación existente entre la demencia y la depresión, pues tal y como afirma de la Puente Rodríguez et al (2018) “la relación entre depresión y enfermedad médica es bidireccional: problemas médicos como el dolor crónico predisponen a la depresión, y la depresión está asociada con peor un pronóstico para otras enfermedades”.

Del mismo modo, autores como Rodríguez Palmero y Hernández Luis (2021) y Ortíz-Martínez et al (2023) concluyen que las consecuencias de la soledad en el envejecimiento de las personas mayores repercute negativamente, además de que son las mujeres quienes lo sufren más frente a los hombres y que el aislamiento social así como la soledad son un problema de salud pública que afecta al anciano provocando trastornos mentales como la depresión. Con respecto a lo anteriormente mencionado, son varios los estudios revisados que coinciden en tratar a la salud mental como un problema de salud

pública, además de destacar que el riesgo de sufrir depresión aumenta exponencialmente a partir de los 65 años y el riesgo de suicidio es 21 veces mayor que en la población en general, siendo el mayor número de suicidios en hombres entre 70 y 74 años. En este contexto, la disciplina del Trabajo Social es fundamental para abordar estas complejidades y proporcionar un enfoque integrador.

Uno de los resultados relevantes de este estudio es la necesidad de mejorar los procesos de detección temprana de trastornos como la depresión y la demencia en las personas mayores. Respecto a esto y siguiendo a Tello-Rodríguez et al. (2016) los problemas de salud mental regularmente no se identifican, no se diagnostican correctamente o no se tratan adecuadamente, lo que resalta la necesidad urgente de que los profesionales en este campo estén debidamente capacitados para garantizar una intervención oportuna y efectiva. Además de contar con políticas, medidas y recursos especializados en salud mental para este grupo de edad, de modo que se pueda mantener tanto su calidad de vida como la de su entorno.

Se evidencia por tanto la importancia de detectar y abordar los problemas de salud mental en las personas mayores de manera temprana y efectiva. Sin embargo, esto puede ser complejo pues aspectos como la estigmatización, la falta de conciencia acerca de la salud mental en la tercera edad y los desafíos en el diagnóstico diferencial de los síntomas de salud mental y los cambios asociados con el envejecimiento lo dificultan. Respecto al diagnóstico diferencial, varios de los estudios analizados destacan la sintomatología similar que suelen tener, en este caso, la demencia y la depresión o trastornos del ánimo. Iribarne et al. (2020) concluye que es determinante hacer un diagnóstico diferencial precoz entre ambas ya que cada una conlleva un abordaje médico diferente. Esto contribuirá en gran medida a que el usuario pueda tener un tratamiento acorde a su afección y un pronóstico más preciso,

evitando así tratamientos inapropiados, tanto por parte de los profesionales de la salud como de lo social, como puede ser la/el trabajador/a social, ya que la intervención variará según las necesidades específicas de cada individuo y su situación particular, garantizando así el éxito de la misma.

Las/os trabajadoras/es sociales desempeñan un papel decisivo en este sentido, pues se encuentran en una posición privilegiada para identificar signos y síntomas de problemas de salud mental durante las interacciones con los usuarios. Para ello, consultando a Llamas (2011), recurren a la intervención primaria y secundaria, los cuales se centran en actividades preventivas y de promoción, en este caso, de la salud mental durante la vejez y por otro lado la secundaria, “diseñada para afrontar una situación problemática o una alteración que ya existe”, es decir, en la detección precoz de trastornos mentales o la derivación a servicios especializados para un diagnóstico y tratamiento oportuno. También su trabajo es fundamental para cambiar la visión negativa sobre el envejecimiento y valorar la importancia de los adultos mayores en la sociedad actual.

Solo un artículo de los analizados aborda la demencia desde otra perspectiva, pues la trata desde su condición terminal, Alpizar Herrera (2019) reflexiona acerca de la necesidad de atención paliativa desde una perspectiva integral, incluyendo la visión médica y la del paciente con su red de apoyo durante la demencia, concluyendo en que hay un gran desconocimiento sobre la demencia como condición terminal, lo que retrasa la atención paliativa y la toma de decisiones. El autor sostiene que las medidas paliativas tempranas en enfermedades terminales mejoran la calidad de vida sin efectos perjudiciales, beneficiando al paciente y su entorno. En cambio, otro autor, García-Cabrera et al (2022) habla sobre la demencia como una enfermedad neurodegenerativa marcada por un deterioro cognitivo progresivo y enfatiza en que los servicios brindados así como la toma de decisiones debería

enfocarse más en las necesidades del enfermo y en los objetivos de atención, en lugar de únicamente en el pronóstico de vida. Así pues, considera que las personas diagnosticadas con esta enfermedad encuentran dificultades a la hora de participar en la planificación del tratamiento ya que no son informados acerca de su pronóstico cuando aún tienen facultades para ello y lamenta que en la etapa avanzada ya no tienen capacidad de decidir y por lo tanto recae sobre sus familiares. Destaca además, coincidiendo con el anterior estudio, la importancia de la planificación anticipada de los cuidados (PAC) para definir objetivos de tratamiento y planes de cuidados antes de que el paciente pierda su capacidad de decisión, lo que incluye según el autor “las voluntades anticipadas o instrucciones previas” del paciente en situaciones específicas.

En otro orden de ideas, se reflexiona acerca del envejecimiento activo como un nuevo modelo de vejez, Rodríguez Palmero y Hernández Luis, 2021 contempla que:

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. (p. 52)

Asimismo, Mendizabal (2018) coincide en resaltar la importancia del envejecimiento activo como un medio para maximizar la calidad de vida de las personas mayores, sin embargo resalta la relevancia del mismo en términos de responsabilidad personal, solidaridad intergeneracional y entornos favorables para decisiones saludables, poniendo énfasis en la educación como un elemento clave.

8. Conclusiones

Se concluye que el envejecimiento es un proceso complejo que afecta diversos aspectos de la vida y que requiere de una atención integral, pero también ofrece oportunidades para un envejecimiento activo y satisfactorio como un modelo favorable de vejez. Asimismo, los factores sociales y ambientales como la soledad pueden influir en la salud mental de los adultos mayores, por lo que es crucial mantener una autoestima positiva y una sensación de autoeficacia para su bienestar emocional. Se ha observado también una correlación entre trastornos como la depresión y la demencia, resaltando la necesidad de mejorar los procesos de detección temprana y el diagnóstico diferencial entre estas afecciones, lo que implica identificar síntomas como tristeza y pérdida de interés, así como considerar posibles causas subyacentes relacionadas con el envejecimiento.

Por otro lado, es importante considerar y destacar la importancia de estrategias no farmacológicas como la musicoterapia, la estimulación cognitiva y la actividad física entre otras en el tratamiento y la prevención de la depresión y la demencia en adultos mayores debido la cantidad de beneficios significativos para su bienestar físico, mental y emocional.

Desde la perspectiva del trabajo social gerontológico, se destaca la función crucial de los y las profesionales del Trabajo Social en mejorar la calidad de vida de las personas de este grupo a través de actividades destinadas a promover su bienestar socioemocional. Para ello, emplean herramientas de evaluación como el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody para diseñar intervenciones centradas en las necesidades individuales de cada paciente. Por último, en cuanto al cuidado paliativo, se reconoce su importancia en etapas avanzadas de la demencia, donde no existe un tratamiento médico curativo, así como la planificación anticipada de los cuidados para definir objetivos de tratamiento y planes de cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, F., Delgado Derio, C., & Farías, G. (2021). Estrategias no farmacológicas en personas con Demencia Avanzada: reporte de un caso. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 368-374.
- Asociación Madrileña de Salud Mental. (10 de enero de 2019). *Trabajo Social y Terapias Artísticas*.
<https://amsm.es/2019/01/10/trabajo-social-y-terapias-artisticas-1-boletin-n44-otono-2018-amsm/>
- Alonso Crespo, E. (2016). El nuevo reto del Trabajo Social ante el envejecimiento: intervenir en la preparación a la jubilación. *
- Alpízar Herrera, J. P. (2019). Cuidados paliativos al final de la vida en pacientes con demencia terminal. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 28(1), 117-125. *
- Bartels, N. N. (2016). Áreas de acción profesional del trabajo social gerontológico. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, (29), 61-74. *
- Cabal, D. E. & Molina, K. A. (2019). *Determinación de indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/6973>
- Cabrero, G. R., & Rivero, S. S. La soledad no deseada como problema social: una aproximación a su comprensión, impactos y políticas para afrontarla.
- Cárdenas Rumazo, J., & Cedeño Barreto, M. (2018). Intervención del trabajo social en los programas de atención al adulto mayor en los centros geriátricos en la ciudad de Portoviejo. *Caribeña de Ciencias Sociales*, (julio). *
- Cenzual, M. Á. C., de Balaguer, G. P. E., & Charfolet, A. C. (2022). Enfermedad de

Alzheimer, musicoterapia y la intervención del trabajo social. *HUMAN REVIEW. International Humanities Review/Revista Internacional de Humanidades*, 14(2), 1-11.

*

Chasipanta, W. A., Analuiza, E., Gaibor, J. A. G., & Torres, Á. F. R. (2020). Los beneficios de la actividad física en el adulto mayor: Revisión sistemática. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 5(12), 680-706.

Confederación Salud Mental España. (10 de septiembre de 2023). *El suicidio de personas mayores ha crecido un 8,8% en España en los últimos 5 años, según datos del INE.*

<https://consaludmental.org/sala-prensa/suicidio-personas-mayores-crecido-ine/#>

Cuidum. (16 de septiembre de 2022) . *Salud mental y personas mayores.*

<https://www.cuidum.com/blog/salud-mental-y-personas-mayores/>

de la Puente Rodríguez, E. F., Galindo, R. B., de Landázuri, J. G. O., & Pueyo, J. O. (2018).

Alteraciones de la esfera mental: demencia y depresión en el anciano. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(62), 3637-3649. *

De la Uz Herrera, M. E. (2009). El envejecimiento. *Bioética*, 4-8.

Francesa, P., & Núñez, F. (2007). Grupo cognitivo conductual para personas con depresión: una experiencia de trabajo social del hospital San Juan de Dios. *Revista de trabajo social*, 69, 16.

García-Cabrera, L., Mateos-Nozal, J., & Cano, L. R. (2022). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la demencia avanzada en las personas mayores. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(62), 3695-3699 *

Instituto Nacional de Estadística. (2023). Esperanza de vida a diferentes edades. Madrid:

Instituto Nacional de Estadística <https://www.ine.es/uc/cQHQ2HKw>

Instituto Nacional de Estadística. (2021). Censos de Población y Viviendas [Archivo PDF].

https://www.ine.es/prensa/censo_2021_jun.pdf

Instituto Nacional de la Salud Mental (2017) *Las personas mayores y la depresión: Aprende a reconocer las señales y buscar tratamiento.*

<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/la-s-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). Depresión [Archivo PDF].

<https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-02/depresi%C3%B3n.pdf>

Intriago-Molina, G. B., & Llor-Lino, L. E. (2021). Intervención del trabajador social en el bienestar socioemocional de los adultos mayores. *RSocialium*, 5(2), 217-236. *

Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C., & de Guevara, D. L. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 150-162. *

Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., & Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol*, 61(8), 363-371. *

Llamas, C. F. (2011). Trabajo social para la tercera edad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 204-219.

Luna, B. y Pinto, J. A. (2021). *Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores: Factores predisponentes y consecuencias para la salud.*

<https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>

Lozano, M. G. Z. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), 23-41.

Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.

- Mendizábal, M. R. L. (2015). Envejecimiento activo. *Crítica*, (998), 22-27.
- Mendizábal, M. R. L. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta*, 47(1), 45-54. *
- Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Ediciones Morata.
- Moliner Muñoz, B. (2020). Cognición social en daño cerebral adquirido, relación con la conciencia de enfermedad y con la alteración de la conducta.
- Nasio, J. D. (2022). *La depresión es la pérdida de una ilusión*. Paidós Argentina.
- Organización de Naciones Unidas. (17 de junio de 2019). *La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja*.
<https://news.un.org/es/story/2019/06/1457891>
- Organización Mundial de la Salud. (3 de junio de 2022). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático*.
<https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20al%20a%20su%20comunidad%C2%BB>.
- Ortínez-Martínez, R., Ordóñez-Marchena, A., & Rodríguez-Peña, B. (2023). La depresión y el riesgo de suicidio en ancianos españoles. *SANUM: revista científico-sanitaria*, 7(2), 46-53. *
- Ortiz Arriagada, J. B., & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.
- Ortiz Albo, M. (2019). La resiliencia en la vejez. otro punta de vista
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ...

- & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790-799.
- Paola, M. J. (2021). Trabajo Social con personas mayores. *Evidencias Internacionales de Trabajo Social en Gerontología*, 18. *
- Pompa, Y. M., Mendoza, R. D. L. M. T., Vázquez, S. Y. N., & Alarcón, Y. B. (2021). Intervención psicológica en adultos mayores en el Consultorio Médico# 9.
- Rodríguez Palmero, A., & Hernández Luis, Y. S. (2021). El envejecimiento activo en personas mayores. *
- Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., & Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.
- Seguro Baranda, A. (2019). Prevenir la depresión en la vejez.
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 342-350.
- Transmisibles, G. O. D. E. N., & Mental, S. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105.
- World Health Organization. (1 October 2022) *Ageing and Health*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>