

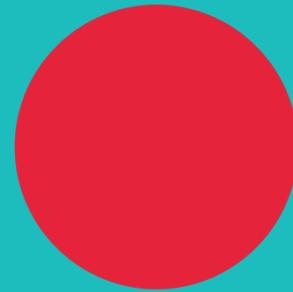
# Envejecimiento y Salud Mental

Manuel Martín Carrasco

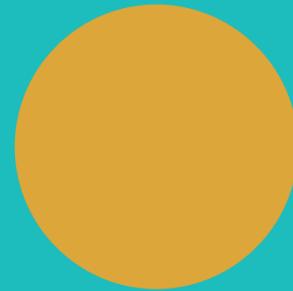


---

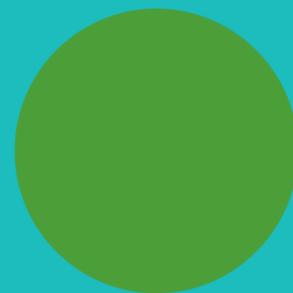
# Agenda



Epidemiología.



Evolución de los  
modelos de salud.



Sistema integral de  
cuidados.



**EPA 2023**  
Paris, France • 25 - 28 March 2023

**3<sup>rd</sup> EUROPEAN  
CONGRESS OF  
PSYCHIATRY**

**Social Cohesion,  
a Common Goal  
for Psychiatry**

#EPA2023

Palais des congrès de Paris – Porte Maillot

[epa-congress.org](http://epa-congress.org)



EUROPEAN  
PSYCHIATRIC  
ASSOCIATION



Temas candentes en Salud Mental.

- Número y formación de los profesionales de salud mental.
- Incorporación del mundo digital a la salud mental: IA, Terapias digitales, etc.
- Atención a los cuidadores.
- Prevención en salud mental:
  - Primeros episodios, soledad, salud mental en el trabajo y en la escuela, Atención Primaria, Psiquiatría Infanto-Juvenil....
- Atención a los mayores
- Incorporación de las personas usuarias a los resultados en salud.
- Coordinación intersectorial
  - Salud, Social, Trabajo, Educación...
- Prevención y atención a las catástrofes.
- Diseminación de las buenas practicas.
- Cambio climático.
- Urbanización y despoblamiento de las zonas rurales.
- Cohesión social





# El punto de partida

El ciclo vital humano:

- Prenatal
- Nacimiento
- Primera Infancia (0-3 años)
- Niñez temprana (3-6 años)
- Niñez media (6-8 años)
- Niñez tardía (8-12 años)

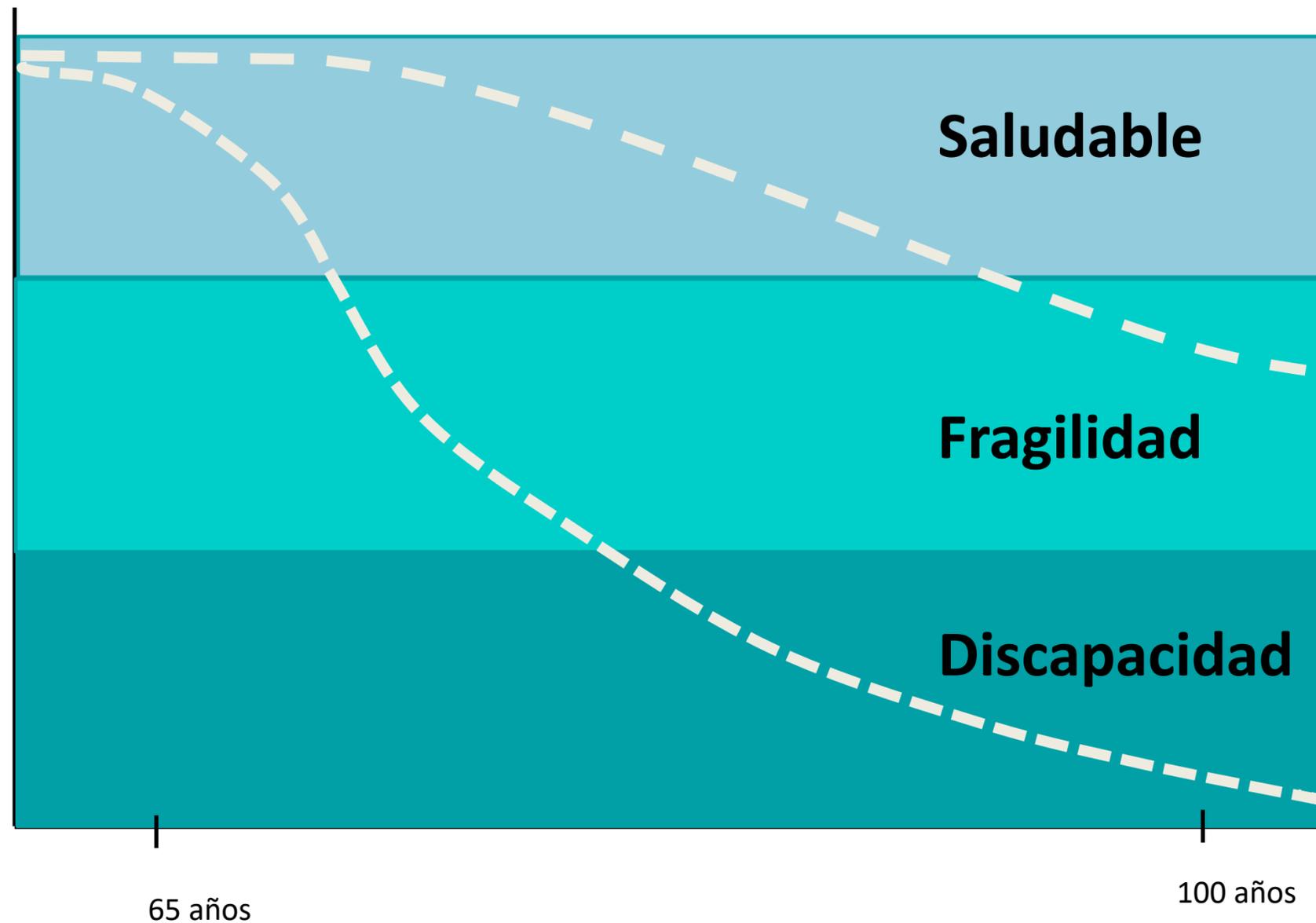
# El punto de partida

El ciclo vital humano:

- Adolescencia (12-20 años)
- Juventud (20-35 años)
- Madurez (35-50 años)
- **Madurez tardía** (50-80 años)
- **Vejez** (+80 años)
- **Fallecimiento**

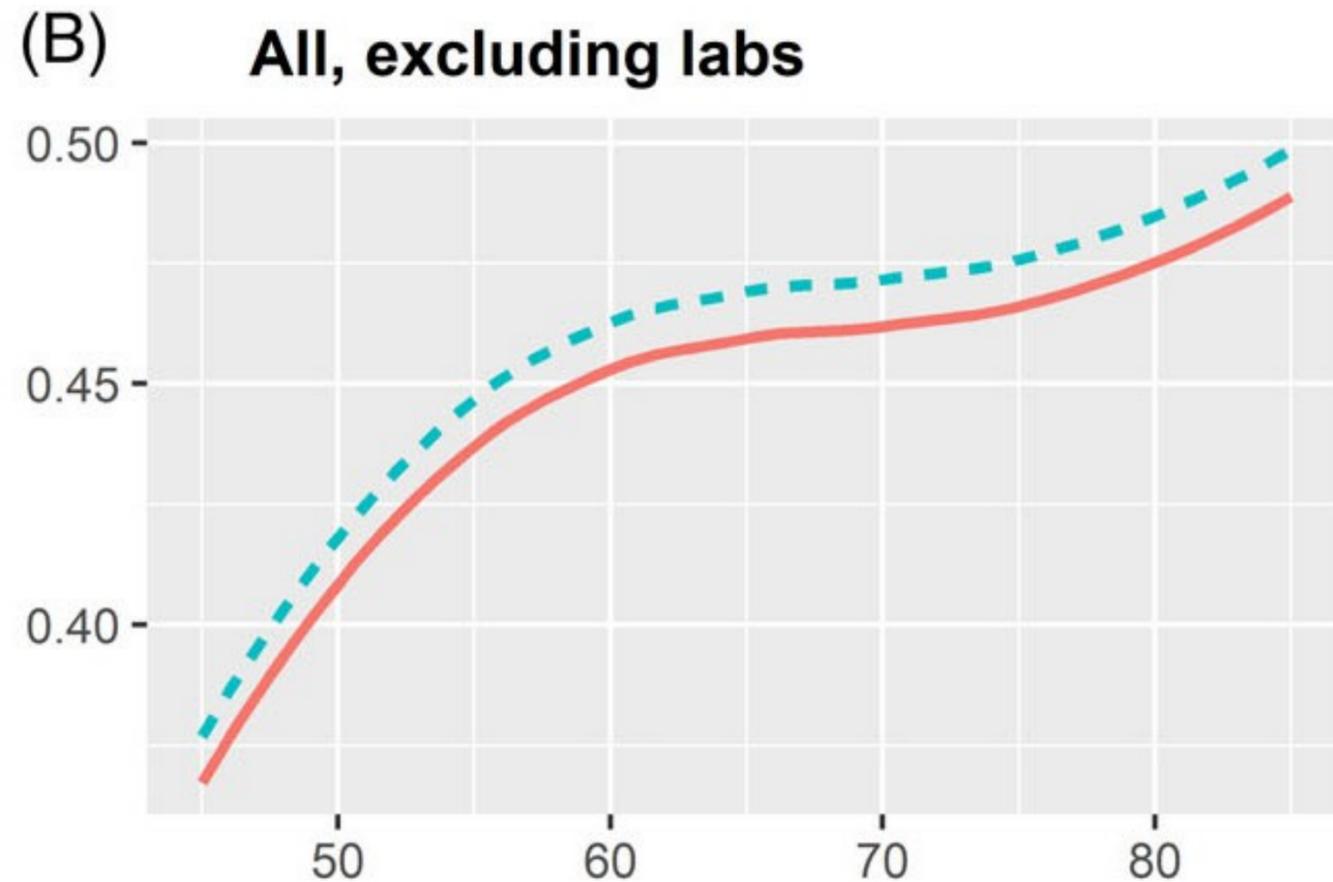
# El punto de partida

**Capacidad Funcional  
Física y Mental**



The FOCUS project is a three-year project co-financed by the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (CHAFEA), under the power delegated by the European Commission (Grant Agreement 664367 - FOCUS)

# Health Heterogeneity in Older Adults: Exploration in the Canadian Longitudinal Study on Aging



- Un total de 30.097 adultos entre 45-86 años, participantes en el *Canadian Longitudinal Study on Aging*.
- Se evaluaron transversalmente 34 características de salud en 8 dominios (Treinta y cuatro características de salud en ocho dominios (medidas físicas, signos vitales, medidas fisiológicas, rendimiento físico, funcionalidad/discapacidad, patologías crónicas, fragilidad, valores de laboratorio)
- La heterogeneidad general de la salud aumenta con la edad, pero no aumenta uniformemente en todas las variables y dominios. La heterogeneidad en el envejecimiento refuerza la necesidad de una valoración geriátrica y una atención personalizada, según qué características de salud se valoren, sus propiedades de medida y su grupo de referencia.

- La vejez no comienza a los 65 años.

La capacidad funcional es más importante que la edad.

Los mayores son un grupo muy heterogéneo.



# Madurez tardía, Vejez y bienestar

---

- Puede ser una fase de descanso, reflexión y disponibilidad para hacer cosas que se pospusieron.
- Sin embargo, algunas circunstancias como las patologías médicas crónicas y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos (soledad), las dificultades económicas y la incapacidad de participar en ciertas actividades, pueden afectar gravemente el bienestar psíquico de la persona que envejece.



## Determinantes de la Salud



<b>Bio</b>	<b>10-15%</b>
<b>Psico</b>	<b>50-60%</b>
<b>Soc</b>	<b>20-25%</b>
<b>Asist</b>	<b>10-15%</b>

# Los tipos de trastorno mental que experimentan los mayores son diferentes a los adultos más jóvenes

## Adultos 18-59

Todos los trastornos	21%
Trastornos de Ansiedad	16.4%
Trastornos Afectivos*	7,1%
Esquizofrenia	1,3%
Deterioro cognitivo grave	1,2%
Trastornos de personalidad	2,1%

## Adultos 60+

Todos los trastornos	19,8%
Trastornos de Ansiedad	11,4%
Trastornos Afectivos*	4.4%
Esquizofrenia	0,6%
Deterioro cognitivo grave (Demencia)	6,6%

\* Esto no incluye depresión leve. El 27% de los adultos mayores tiene síntomas de depresión.

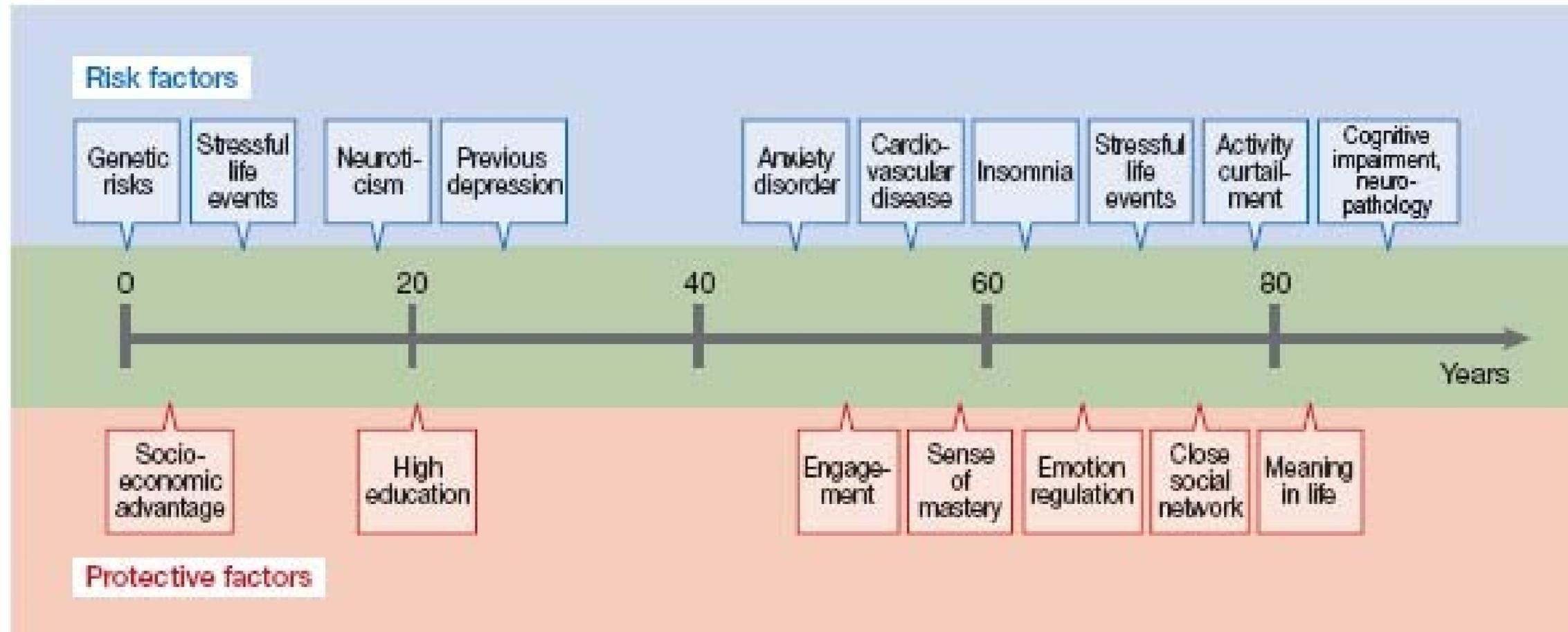
NOTA: Estas cifras representan la prevalencia de trastornos mentales en un período de 1 año.

NOTA: Los porcentajes no suman el 100% debido a trastornos concurrentes.

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (Rockville, MD: 1999).

Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annual Review of Public Health, 29*(1), 115-129. doi:10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847

# Resiliencia y Depresión



**Resilience model for depression over the human lifespan.**

Fiske A, et al. Annu Rev Clin Psychol.2009;5:363-389.

# Factores de riesgo y protección

## RESILIENCIA

- Emociones positivas
- Menor reactividad a estímulos negativos
- Valorización de la familia y el apoyo
- Sentido de la vida
- Adaptabilidad emocional

## RIESGO

- Estigma (internalizado, doble estigma)
- Estrés prolongado
  - ✓ Cuidado de pacientes con demencia
- Otros trastornos psiquiátricos
  - ✓ Depresión, ansiedad, Tr. personalidad
- Enfermedades somáticas
  - ✓ Crónicas, dolorosas
- Falta de soporte
  - ✓ Aislamiento/Soledad
- Institucionalización
- Deterioro funcional
- Afectación sensorial
  - ✓ Sordera
- Deterioro cognitivo
- Edad > 85 años

# Los trastornos mentales en los mayores tienen consecuencias más graves que en adultos más jóvenes

- Se asocian a consecuencias somáticas más graves, lo que determina un aumento de mortalidad:
  - Deshidratación, desnutrición, úlceras de decúbito, abandono de tratamientos, suicidio, etc.
- Infradiagnóstico.
- Menor accesibilidad a los servicios de atención en salud mental especializados.
- La respuesta a los tratamientos es más pobre:
  - Farmacológicos:
    - Utilización de dosis no terapéuticas.
    - Presencia de factores orgánicos cerebrales.
    - Baja adherencia
  - Psicoterapéuticos:
    - Baja utilización.

# Suicidio y Depresión tardía

## ■ Prevalencia

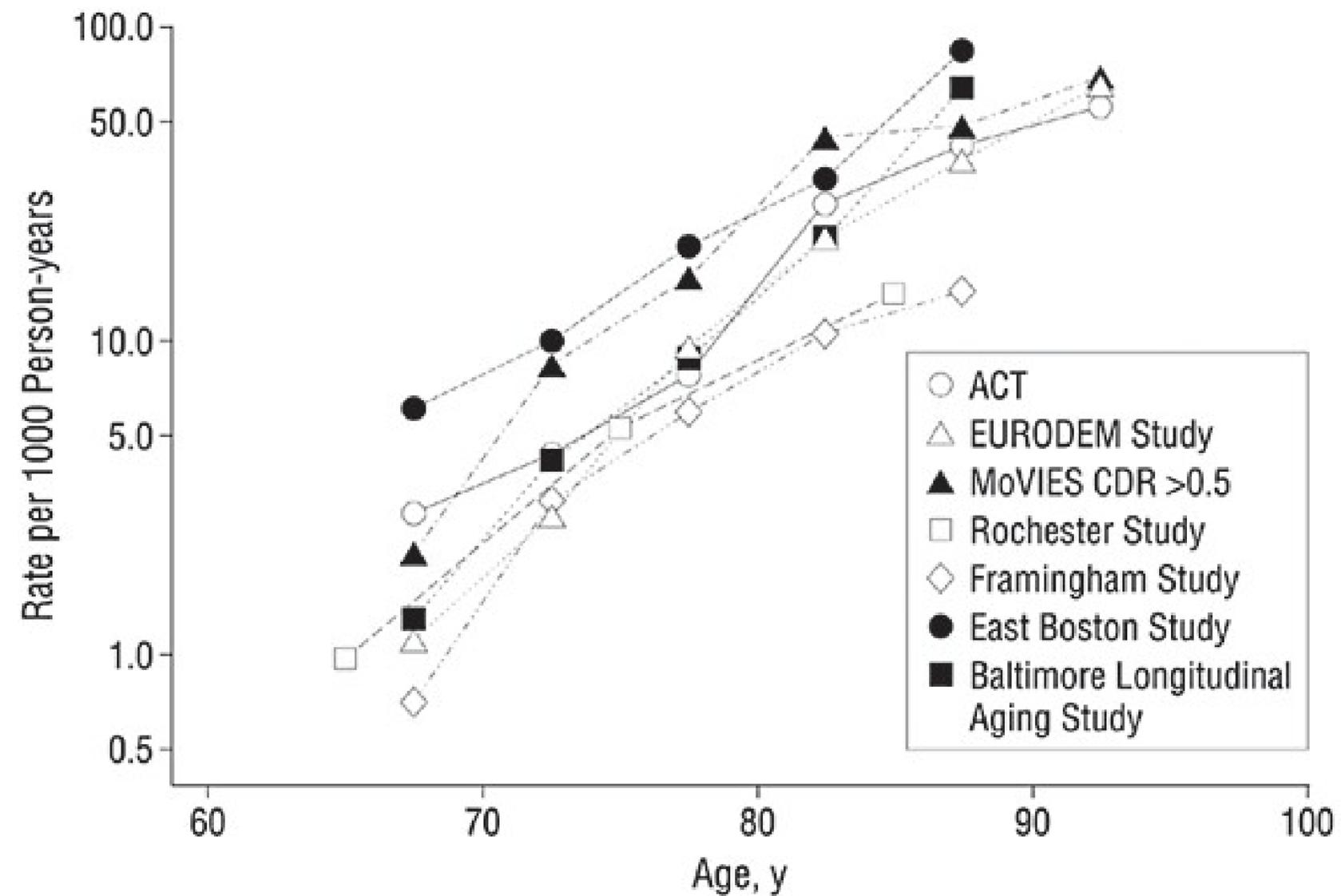
- Tasas altas, especialmente en varones
  - Disminuyen los intentos, pero el éxito es mayor (método letal, secuelas...).
  - Menor número de intentos previos.
  - Menor ideación suicida
  - **1º episodio de depresión tardía es especialmente letal**
- Con frecuencia sin diagnóstico previo de depresión: fallo en la detección.
- Mayor presencia como causa que en adultos más jóvenes.





Un fenómeno no solo sanitario, sino social e incluso sociológico: es un hecho de nuestro tiempo.

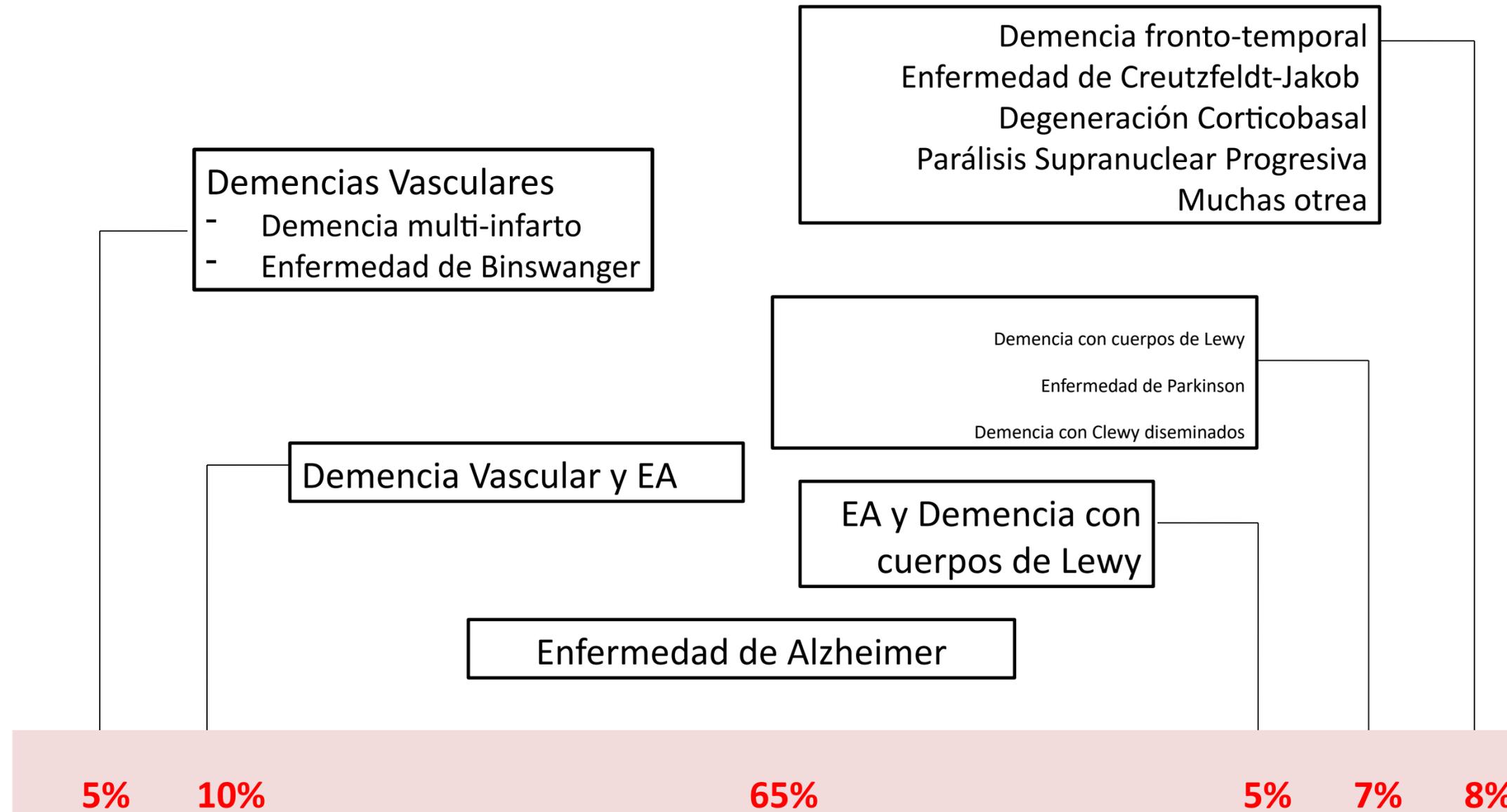
# Edad e incidencia de demencia



Age and the incidence of Alzheimer disease in 6 studies compared with the Adult Changes in Thought (ACT) cohort study. EURODEM indicates European Studies of Dementia<sup>18</sup>; MoVIES CDR >0.5, MoVIES Clinical Dementia Rating 0-5 or greater, Monongahela Valley Study<sup>10</sup>; Rochester, Rochester, Minn, study<sup>2</sup>; Framingham, Framingham, Mass, study<sup>3</sup>; East Boston, East Boston, Mass, study<sup>41</sup>; and Baltimore Longitudinal Study of Aging,<sup>5</sup> Baltimore, Md.

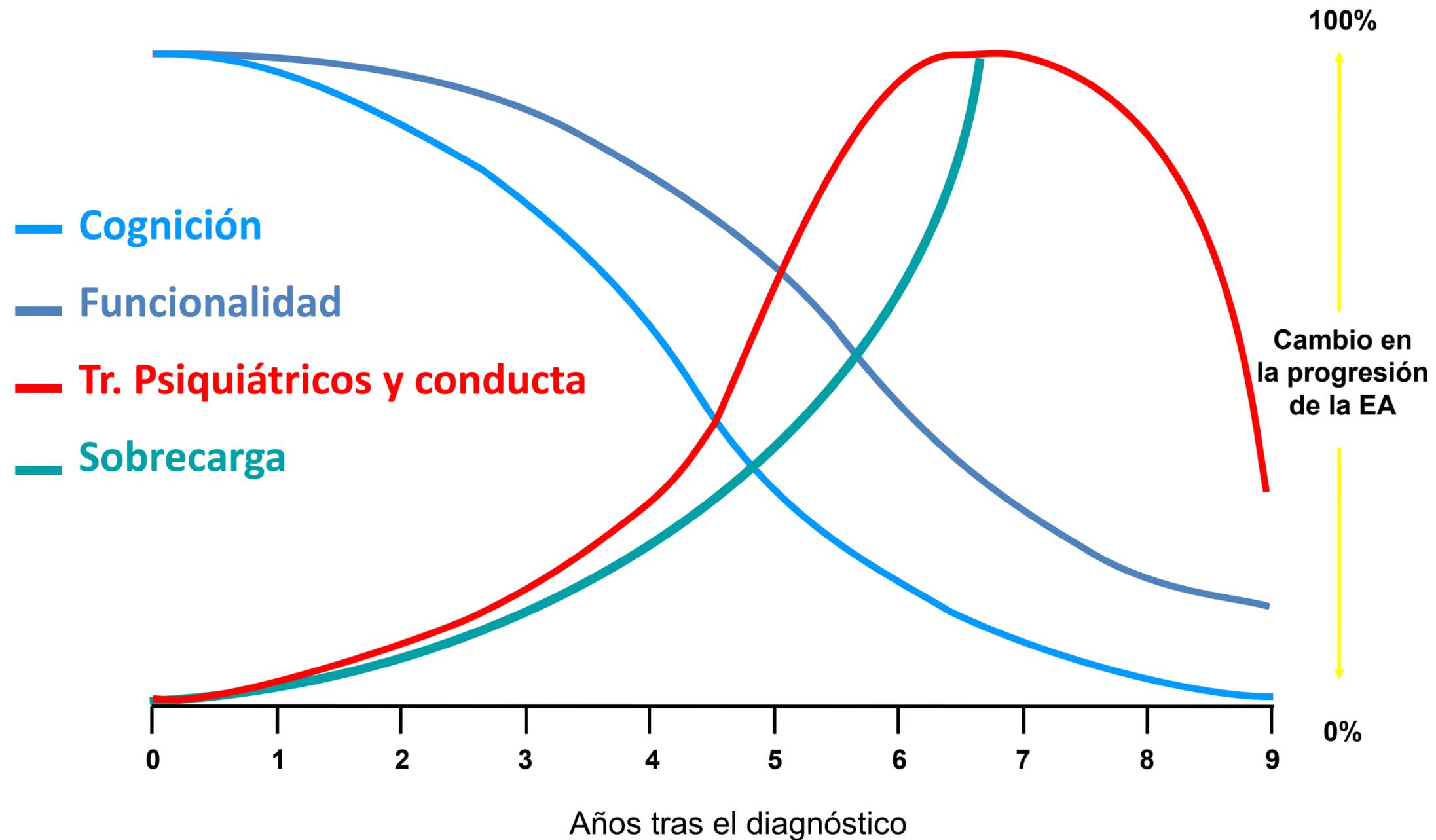
Walter A Kukull; Dementia and Alzheimer Disease Incidence; Arch Neurol 2002;59, 1737-46;

# Tipos y frecuencia de Demencia



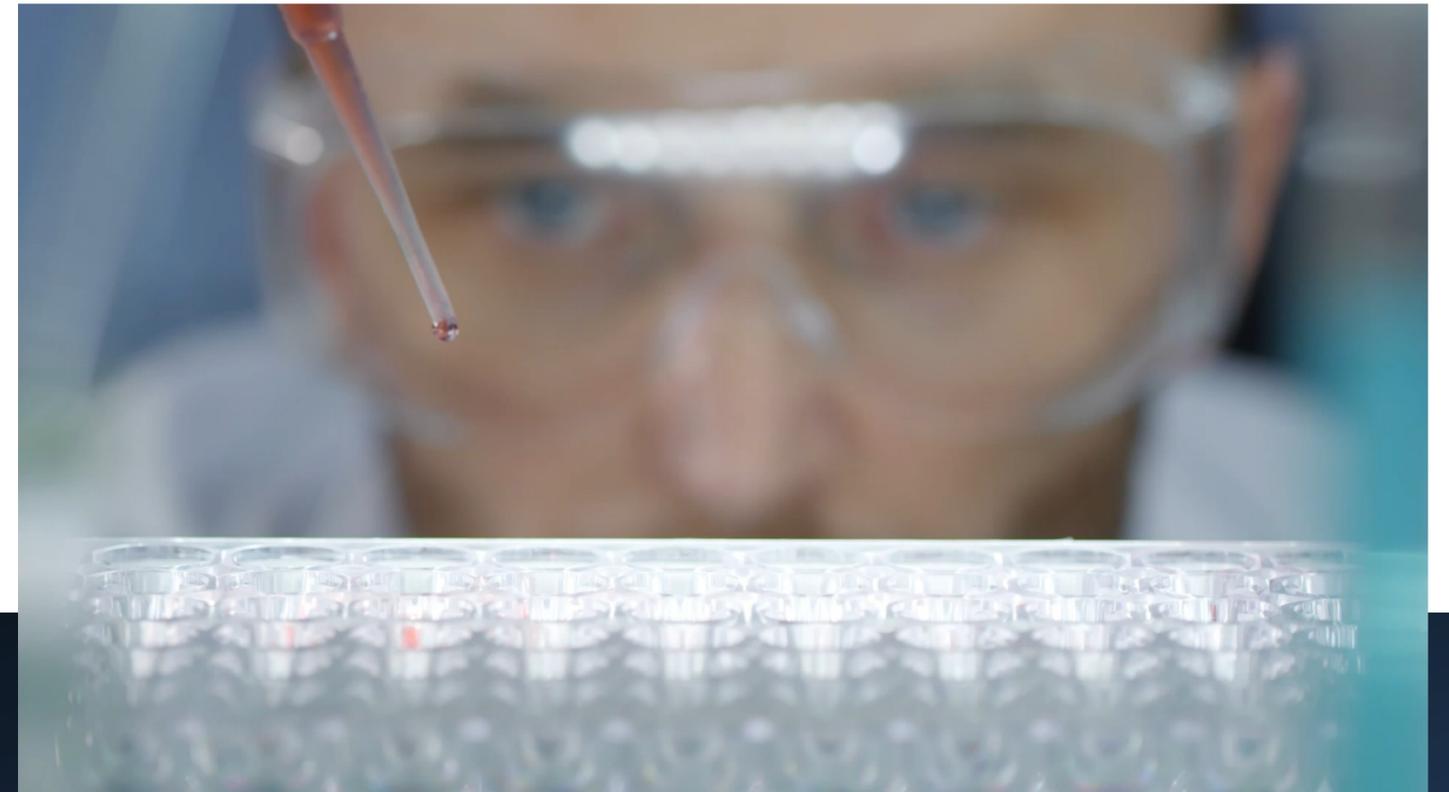
# Evolución clínica de la EA

## Cognición / Función / Tr. Psiquiátricos / Sobrecarga



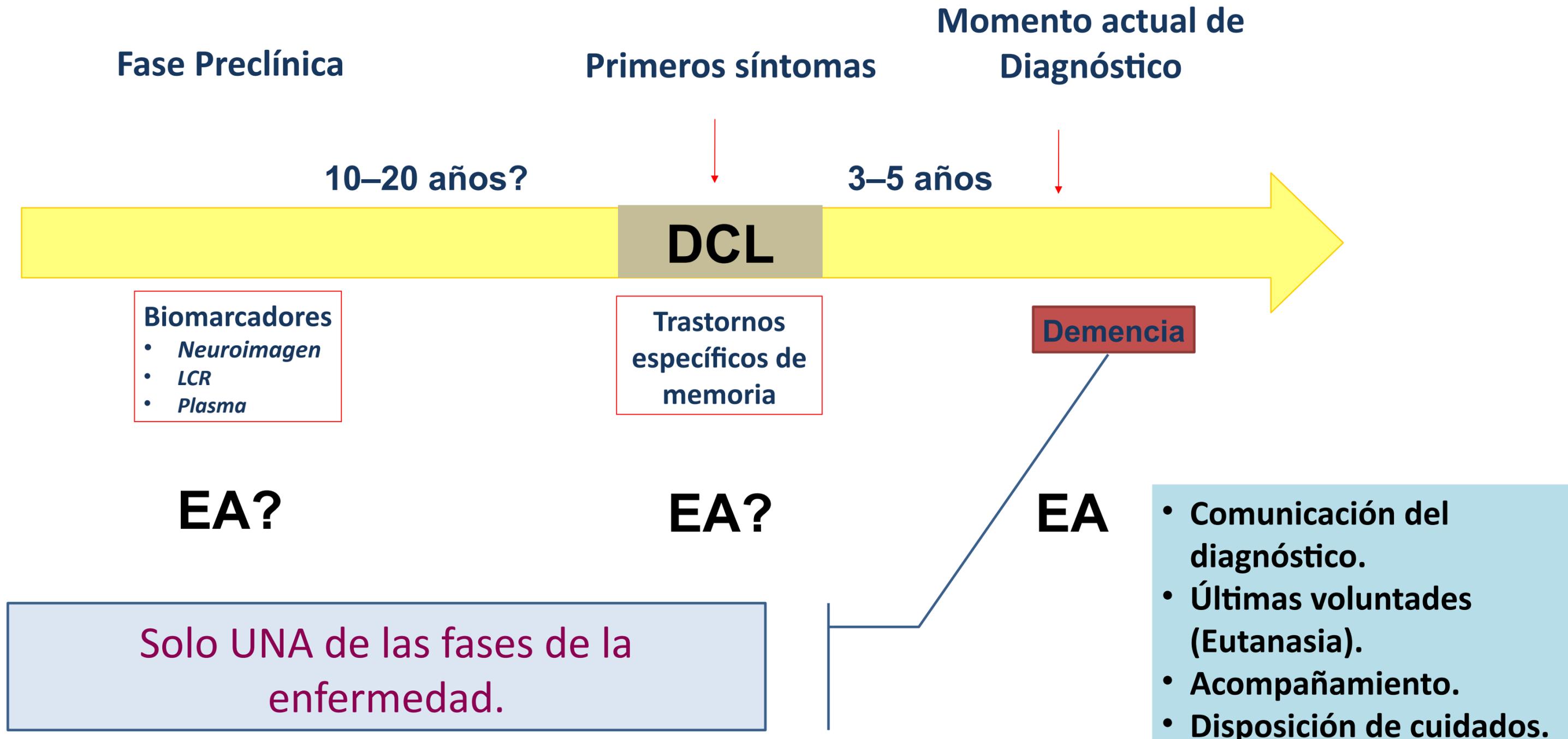
No se dispone de un tratamiento eficaz para las formas más comunes de demencia, pero:

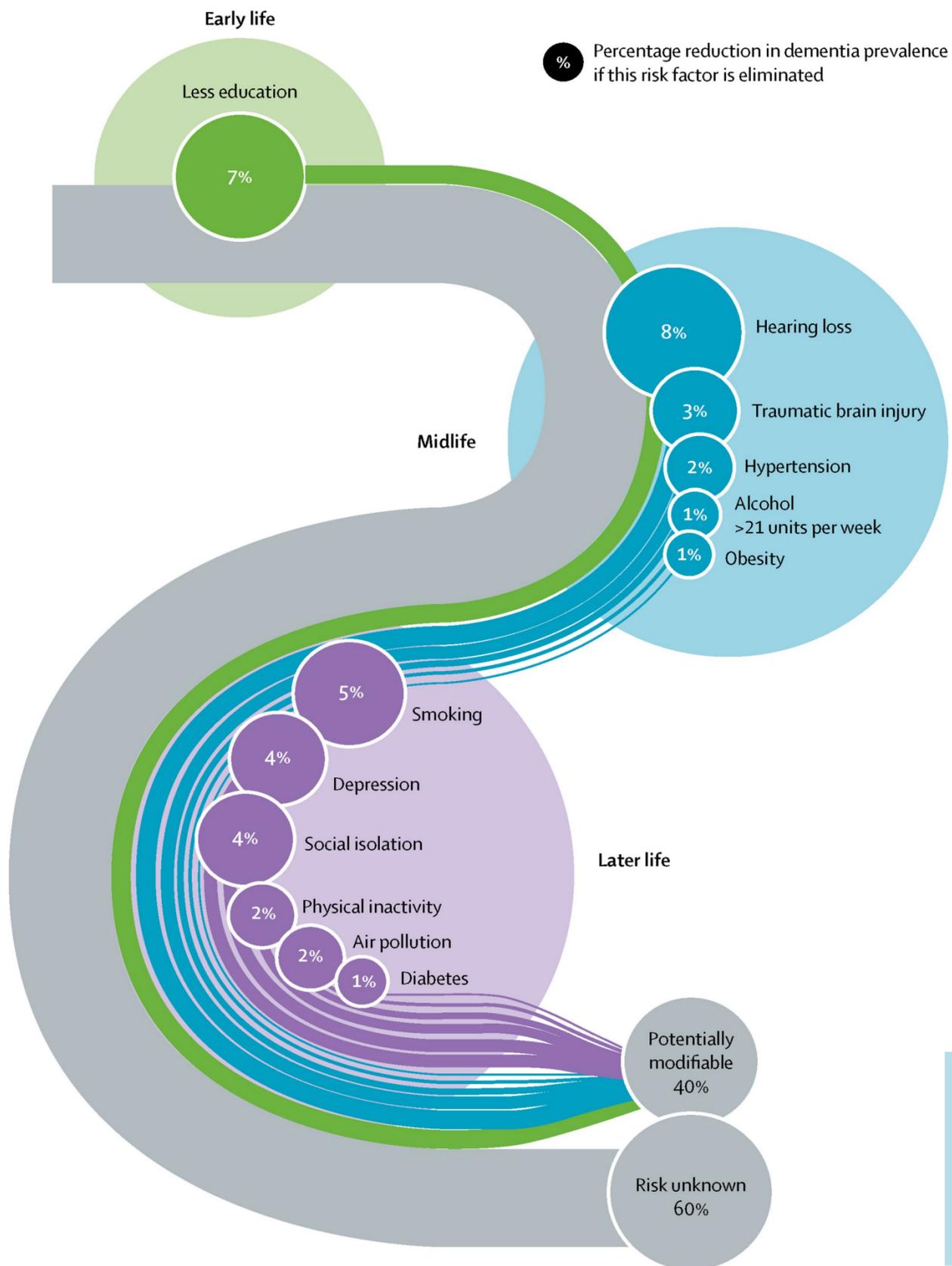
- Hay una gran labor asistencial que puede y debe hacerse.
- El diagnóstico precoz ya es posible.
- La prevención es una tarea pendiente.



# De la demencia al trastorno neurocognitivo mayor

*Hay enfermedad de Alzheimer sin demencia*





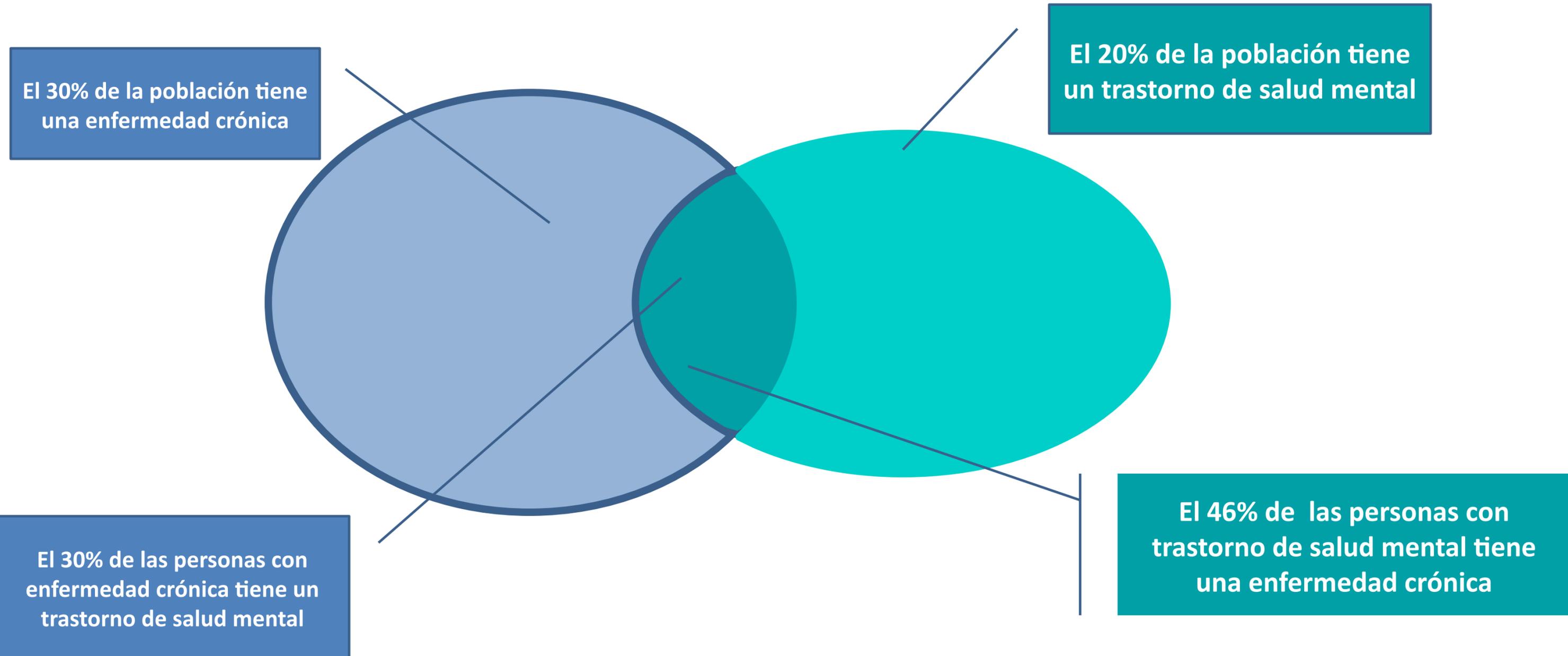
# Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission

Los 12 factores potencialmente evitables son:

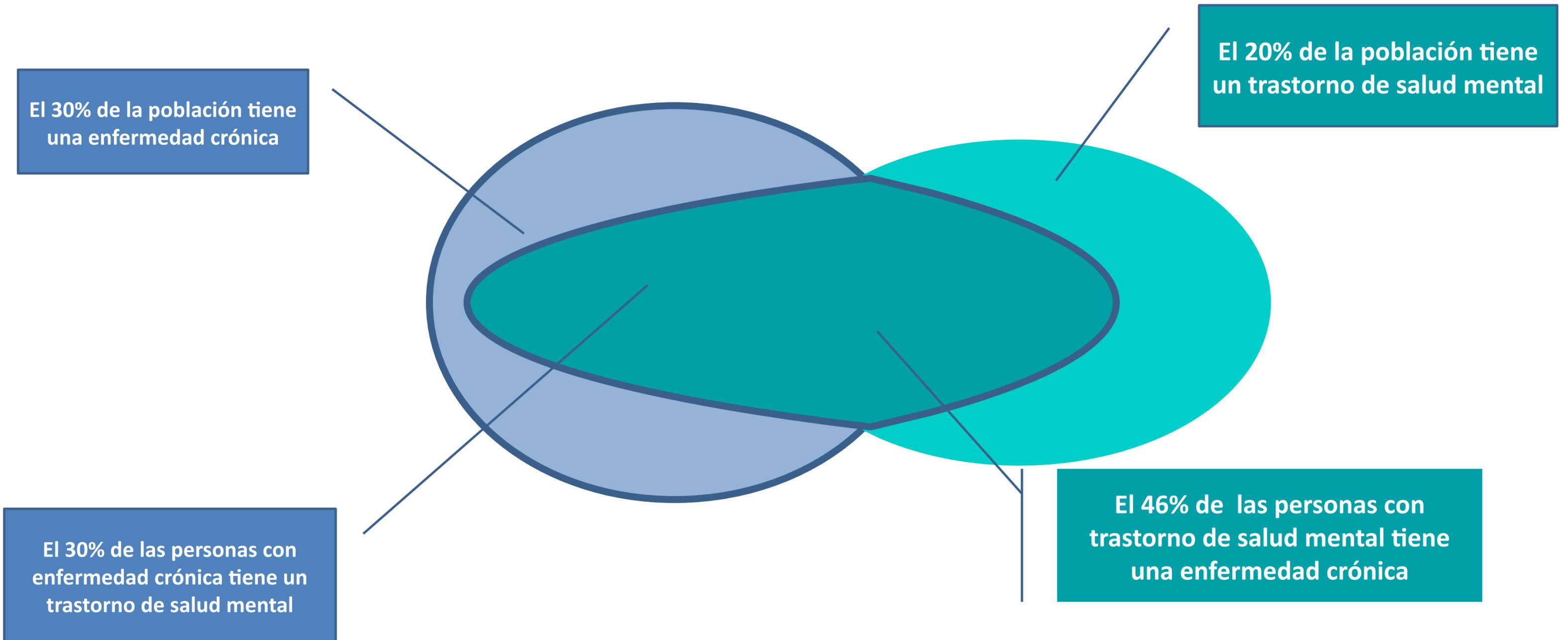
- Nivel bajo de educación
- Hipertensión arterial
- Hipoacusia
- Tabaquismo
- Obesidad
- Depresión
- Inactividad física
- Diabetes
- Escaso contacto social
- Alcoholismo
- Trauma cerebral
- Contaminación atmosférica

Juntos, suponen el 40% del riesgo de padecer demencia. La disminución de la incidencia de demencia en países desarrollados se atribuye a este hecho.

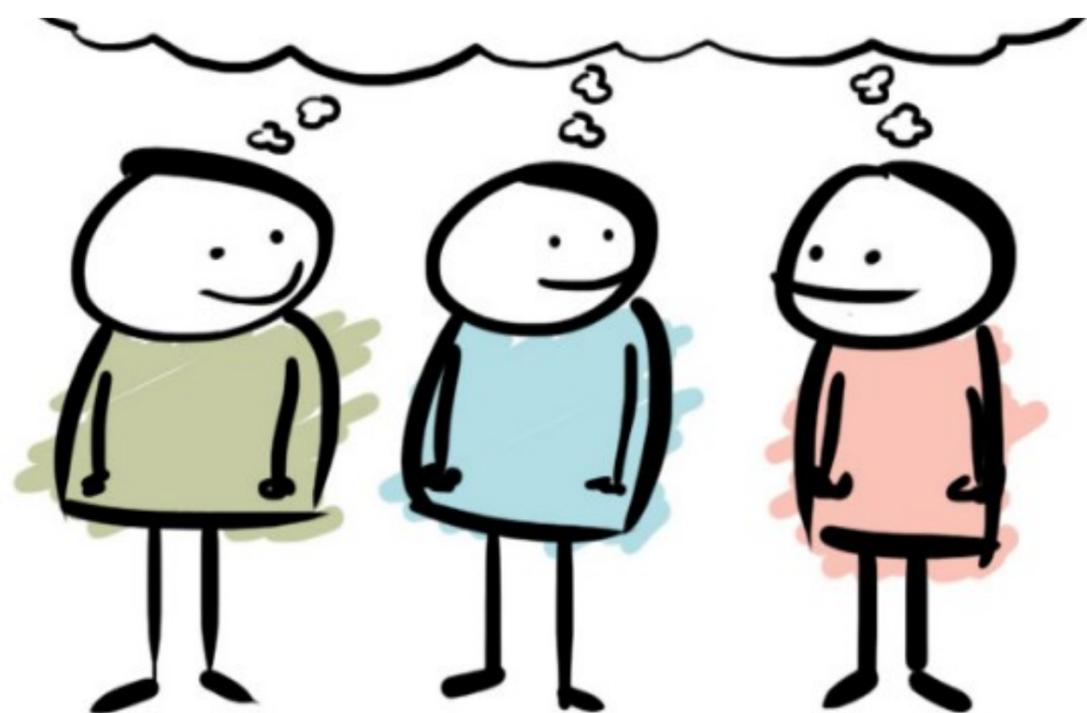
# El solapamiento entre salud física y mental



# El solapamiento entre salud física y mental



¡Todo el mundo parece tan feliz y normal! Me gustaría no ser la única persona con problemas de salud mental...



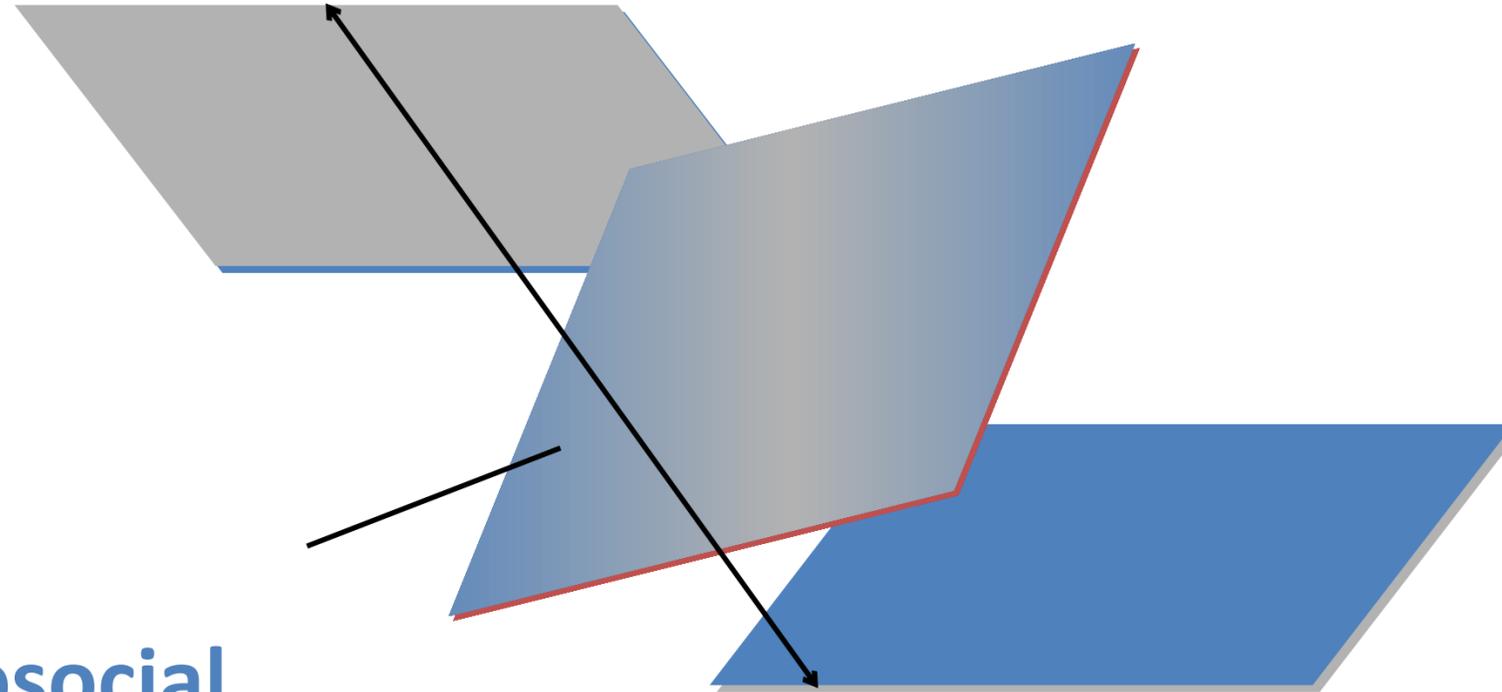
- Los trastornos de salud mental son comunes.
- Ser mayor no equivale a estar deprimido o demenciado.
- No hay salud sin salud mental.

# Evolución de los modelos de Salud

**Modelo Médico  
Tradicional**

**Modelo  
Biopsicosocial**

**Modelos centrados en la  
persona**



# La persona mayor como elemento central de la Salud

Los individuos toman constantemente decisiones acerca de:

- Estilo de vida
  - Actividad física, alimentación, aislamiento, etc.
- Seguir los tratamientos
- Integrar la información con la propia cultura, expectativas, valores, deseos y actitudes.

La persona es, de hecho, el elemento central de su propio bienestar. La cuestión NO es si los pacientes controlarán su salud y su enfermedad, sino CÓMO lo harán.

# COVID-19 y la salud mental de los mayores

- Desde el comienzo de la pandemia se han sucedido las publicaciones sobre el tema, con una fiabilidad variable.
- Se produjo un aumento de los problemas de salud mental, y en menor medida del número de trastornos:
  - Ansiedad, depresión, duelo.
- En conjunto, los mayores NO han sido el grupo de población más afectado desde el punto psiquiátrico por la pandemia:
  - Menor repercusión sobre el estilo de vida y sobre el estatus económico.
  - Aprendizaje de situaciones previas (Ej., pandemias, guerras, etc.).
  - Mayor cercanía y experiencia de la muerte.
- Heterogeneidad de respuesta.
- Gran afectación en grupos concretos de alto riesgo:
  - Aislamiento, deterioro cognitivo, depresión y sus familiares.
  - Institucionalizados.



# Situación actual

---

- Necesidad de una integración de los sistemas de salud y de intervención social.
- Énfasis en la promoción de la salud y en la prevención.
- Desarrollo de la formación.
- Creación de estructuras asistenciales específicas.

# Integración de los sistemas de salud y de intervención social

- Al menos, la coordinación y la comunicación son imprescindibles.
- La pandemia lo ha puesto de relieve de forma dramática.
  - Gran diferencia de respuesta en los centros que contaban con una asistencia integral.
  - Éxito de las Unidades de Coordinación.
- Espacio sociosanitario.
- Convergencia actual hacia modelos ACP.
  - Ventaja en este momento de los departamentos sociales.
  - Es una situación histórica, ya que tradicionalmente ha ocurrido al contrario.

# Énfasis en la promoción de la salud y en la prevención

- Distintos enfoques:
  - Envejecimiento activo, Vida Plena, Salud Integral, Envejecimiento saludable, etc.
  - Cada uno pone un acento, pero el fondo es común.
- Combatir el estigma.
  - Doble discriminación hacia las personas mayores con problemas de salud mental / demencia.
  - También puesto de manifiesto en la pandemia.
- Programas específicos de prevención:
  - Suicidio
  - Aislamiento/Soledad
  - Duelo
  - Deterioro cognitivo/Demencia
  - Abuso

# El Abuso de los mayores

- Es un grave problema no reconocido; se estima que entre el 8-10% de los mayores pueden tener alguna forma de abuso, aunque los casos graves sean más escasos.
- Puede tener muchas formas:
  - Físico, psicológico, violencia de género, financiero (es el más común), abandono, falta de cuidados.
  - Una forma sutil es el descuido personal inducido.
- Al contrario que en el abuso hacia otros grupos de población, no existen **protocolos de detección** o no se ponen en práctica de forma generalizada.

# Desarrollo de la formación

- Combatir el estigma asociado a las profesiones de salud mental en mayores.
- Establecimiento de programas formativos acreditados en determinadas profesiones clave:
  - Especialidades médicas: Psiquiatría (reconocimiento de la subespecialidad de Psiquiatría Geriátrica), Geriatria, Medicina de Familia, Neurología.
  - Otras profesiones de salud: Enfermería, Psicología, Trabajo social, Terapeutas ocupacionales, etc.
- Reorientación de los programas formativos del personal de asistencia más directa en los recursos residenciales:
  - Auxiliares, gerocultores, monitores de ocio y tiempo libre, etc.
- Empoderamiento del personal de asistencia directa.
  - Tradicionalmente han tenido un papel únicamente subordinado.
  - Los modelos ACP les otorgan un papel fundamental como profesionales de referencia.

# Creación de estructuras asistenciales específicas

- Integración de las redes de salud mental y atención primaria para la atención a **domicilio** y en **residencias** de los trastornos de salud mental de los mayores.
- Integración de las nuevas tecnologías, como la teleasistencia, de especial interés en el medio rural.
  - Una de las consecuencias favorables de la pandemia.
- Desarrollo de estructuras de cuidados intermedios dentro de la red de salud mental orientadas al mantenimiento de personas con trastornos de salud mental / demencias en su domicilio.
  - Centros de día, Unidades de cuidados intermedios, Programas de hospitalización a domicilio, etc.
- Generalización de unidades de eficacia probada e implantación muy variable:
  - Unidades de hospitalización psicogeriátrica.
  - Unidades de convalecencia y cuidados paliativos dotadas de atención psiquiátrica.

---

Muchas gracias por  
su atención.

[mmartin.mennipamplona@hospitalarias.es](mailto:mmartin.mennipamplona@hospitalarias.es)

