

ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL PARA PERSONAS MAYORES

Mesa Técnica de Salud Mental de Personas Mayores.



ADULTO
MEJOR
Tiempo para disfrutar

Descripción breve

El presente documento recopila las recomendaciones de la mesa técnica para la implementación de una estrategia para el abordaje integral de la salud mental de las personas mayores y sus entornos de apoyo, en Chile.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
APROXIMACIÓN Y ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES	8
Antecedentes generales	8
Salud mental y calidad de vida	9
Factores protectores y de riesgo para la salud mental de las personas mayores	10
Principales problemas de salud mental	13
Utilización de Servicios Sanitarios de Salud Mental	15
La Salud Mental desde las Personas Mayores.	15
ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES	17
Principios Rectores para el Diseño de la Estrategia	17
Oferta Intersectorial para la Prevención y Promoción de la Salud Mental de las Personas Mayores.	19
Propuesta de Abordaje de las Brechas de Promoción, Prevención y Articulación Intersectorial.	26
Formación en Salud Mental para Personas Mayores y para quienes trabajan con Personas Mayores	32
Propuestas para Abordar los Desafíos Detectados en la Formación en Salud Mental para Personas Mayores y quienes trabajan con Personas Mayores	35
Investigación en Salud Mental de Personas Mayores.	37
Propuestas para Abordar las Brechas y Desafíos Detectados en Investigación	38
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	42
ANEXO N° 1 Focus group salud mental en personas mayores	43
ANEXO N°2 Programas y Coberturas	45
ANEXO N°3 Revisión de documentos existentes en Salud Mental	49
ANEXO N° 4. Investigación en Salud Mental de Personas Mayores	51
Línea 1: Análisis descriptivo a partir de literatura científica sobre Salud Mental en Personas mayores para documento mesa Saludablemente.	51
Línea 2: Revisión sistemática en personas mayores y salud mental. Recomendaciones sobre abordaje de la salud mental de personas mayores en contexto de pandemia	56
Línea 3: La investigación desde salud sobre personas mayores y salud mental	64

Nota: El presente documento utilizará la nominación femenina o masculina indistintamente, utilizándolos como genéricos, con el fin simplificar y evitar la sobrecarga gráfica.

INTRODUCCIÓN

Conformación de la mesa técnica

La Mesa Técnica de Salud Mental de Personas Mayores SENAMA - MINSAL se crea en agosto de 2019, como respuesta a una preocupación de la Primera Dama, Sra. Cecilia Morel y el Director de SENAMA, Sr. Octavio Vergara, acerca del Estado de la Salud Mental de las Personas Mayores en Chile, luego de casos de suicidio de personas mayores informados en los medios de comunicación. En este contexto, se solicitó a SENAMA la constitución de una mesa técnica, que tendría como propósito un diagnóstico de la situación de la salud mental de las personas mayores en nuestro país y la construcción de estrategias para su mejoramiento. Para esto se solicita la participación de MINSAL, a través de representantes del Departamento de Salud Mental y Oficina de Personas Mayores del Departamento de Ciclo Vital de la Subsecretaría de Salud Pública, como un paso más en la alianza estratégica que se ha ido estableciendo y afianzando entre ambas instituciones, enfocadas a mejorar la calidad de vida y salud de las personas mayores. Posteriormente se convoca a expertos en temas de salud mental de personas mayores de ámbitos académicos, instituciones del estado y de la sociedad civil, para trabajar en el diseño de una **“Estrategia de Salud Mental para las Personas Mayores”**, que pueda sentar las bases para la implementación de medidas orientadas a disminuir las brechas y principales falencias detectadas para la mejoría de la salud mental de las personas mayores en Chile.

Para la organización y metodología de trabajo de la mesa, se utilizó la sistematización de la información obtenida en el “Conversatorio sobre Buenas Prácticas en el abordaje de la Salud Mental de las Personas Mayores”, organizado por SENAMA en abril de 2019. En ella se identificaron cuatro grandes áreas clave de intervención para mejorar la salud mental de las personas mayores. Con base en esas cuatro áreas, se constituyeron los cuatro grupos de trabajo:

- a) Promoción y prevención en salud mental de personas mayores.
- b) Trabajo intersectorial en salud mental de personas mayores.
- c) Formación en salud mental de personas mayores.
- d) Investigación en salud mental de personas mayores de la salud.

Este proceso concluiría con la entrega de la estrategia a las autoridades (Primera Dama, Ministro de Salud y Director de SENAMA) en abril pasado, pero dada la emergencia sanitaria por COVID-19 la mesa se suspendió hasta julio de este año. En ese mes se contactó a los integrantes de la mesa para solicitar reactivar el trabajo en el marco de la pandemia, invitándolos a revisar las propuestas desarrolladas desde agosto del año pasado e integrar nuevas iniciativas que fueran pertinentes para aportar a la Mesa de Expertos “SaludableMente”. Esta última fue convocada en junio del 2020 por el Presidente, para abordar el tema de la salud mental en Chile a propósito de la emergencia sanitaria.

La Mesa Técnica hizo entrega de un documento con recomendaciones e insumos para el abordaje de la salud mental en este contexto del Covid 19¹. Posteriormente retomó sus objetivos y finaliza su trabajo con la entrega a las autoridades del presente documento que detalla la estrategia de abordaje de la salud mental de las personas mayores en nuestro país.

1- Aportes a la Mesa Saludablemente desde la Mesa Técnica Salud Mental de Personas Mayores.

Propósito y objetivos

El propósito de la Mesa es proponer una estrategia de salud mental en personas mayores en un marco socio-sanitario y con una mirada intersectorial, a través de la colaboración y articulación de actores claves involucrados en la temática.

Objetivos generales de la Mesa:

- * Describir y analizar las problemáticas de salud mental que presentan actualmente las personas mayores de nuestro País.
- * Diseñar una estrategia de trabajo para el abordaje integral de la salud mental de las personas mayores en Chile.

Objetivos específicos por área de trabajo

Para identificar las principales necesidades de desarrollo y brechas a cubrir se establecieron objetivos específicos desde las áreas de: investigación, formación, promoción, prevención y trabajo intersectorial. A su vez, las comisiones de trabajo correspondientes a cada área, plantearon objetivos de trabajo para organizar su tarea.

1. Área promoción y prevención

Promover acciones intersectoriales que permitan conseguir un mejor nivel en la salud mental de las personas mayores y prevenir ocurrencia de enfermedades mentales.

Objetivos de trabajo:

- a) Conocer la percepción de la salud mental desde la mirada de personas mayores.
- b) Proponer acciones de promoción de la salud mental en personas mayores.
- c) Proponer acciones de prevención de trastornos mentales en personas mayores.

2. Área Trabajo intersectorial

Contribuir al desarrollo de una red articulada de servicios de salud mental para personas mayores.

Objetivos de trabajo:

- a) Desarrollar un registro de los servicios que se entregan a las personas mayores en salud mental a nivel intersectorial.
- b) Graficar en un esquema la articulación entre los servicios para personas mayores.
- c) Diseñar una propuesta de mejoras en la articulación de los servicios de salud mental para personas mayores y/o propuesta de nuevos servicios en caso de que corresponda.

3. Área Formación:

Delinear la realidad nacional actual de la formación en el tema de salud mental en personas mayores, para proponer una estrategia de definición e incorporación de contenidos básicos/centrales para los distintos grupos humanos que se relacionan y trabajan con y para las Personas Mayores.

Objetivos de trabajo:

- a) Diagnóstico de la situación local e internacional en el abordaje de la vejez y salud mental en PM: Levantar y analizar la información de oferta educativa vinculada al trabajo con personas mayores, envejecimiento y/o salud mental en PM.

- b)** Estructura y composición curricular, en gerontología con énfasis en SM: Definir los ejes centrales y contenidos básicos, que se espera establecer como mínimos en formación en salud mental en personas mayores.
- c)** Bases para abordaje social y ciudadano de la SM de las PM: Definir los componentes rectores que guíen planes de sensibilización y difusión para informar a la población general en temáticas de SM en PM, vejez y envejecimiento.
- d)** Capital humano para el abordaje de la SM de las PM:

- Identificar quienes requieren capacitación en SM de PM tales como profesionales, técnicos socio sanitarios, asistentes de trato directo, personas mayores entre otros.
- Definir los elementos constituyentes de una estrategia de capacitación a los equipos sociosanitarios en temas de salud mental de las personas mayores.

4. Área Investigación:

- a)** Conocer el estado del arte de la investigación en salud mental de personas mayores.
- b)** Entregar recomendaciones para disminuir las brechas de investigación en salud mental y personas mayores a nivel nacional.

APROXIMACIÓN Y ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

Antecedentes generales

Chile es un país demográficamente envejecido y en proceso de envejecimiento. Este fenómeno nos desafía como sociedad en diversos ámbitos, específicamente en el abordaje sociosanitario de la salud mental de este grupo poblacional, pues se están instalando problemáticas nuevas, complejas y de gran impacto sociofamiliar y económico, que requieren de respuestas integrales, articuladas e intersectoriales.

La OMS define salud mental como *“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*².

El Ministerio de Salud de Chile ha definido Salud Mental como *“la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”*³

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la que Chile ratificó el año 2017, reconoce que *“la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades”*⁴. Lo que implica para nuestro país tomar medidas que vayan en dirección al cumplimiento de la Convención y que consideren *“estrategias que no sólo contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial”*⁵.

La salud mental en Chile, desde los inicios de las iniciativas de intervención y hasta unas pocas décadas atrás fue abordada principalmente desde el modelo médico. Quedando restringida, al concepto de enfermedad o trastorno mental y a la implementación de medidas curativas o paliativas de dichas condiciones. La evolución de las concepciones de salud mental fue paulatinamente ampliando la mirada hacia la incorporación de los aspectos sociales, culturales y de derechos entre otros, hasta decantar en la definición de los enfoques en salud mental que actualmente inspiran el accionar. Transitando también por la ya clásica redefinición de la salud mental, hacia un modelo comprensivo que va mucho más allá de la ausencia de enfermedad o síntomas, que permite la incorporación de los factores extra médicos o biológicos, como claves en la preservación o deterioro de la salud mental, hasta alcanzar en la actualidad el modelo de determinantes sociales en salud.

La salud mental de las personas mayores ha quedado sin embargo rezagada en esta evolución señalada. Ha sido aún lenta y muy reciente la visibilización de sus necesidades en múltiples aspectos y entre ellos la mantención de una buena salud mental.

2- Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. OMS; 2004

3- Health and Welfare Canada. Mental health for Canadians: Striking a balance. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada; 1988.

4- Decreto N° 162. Promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Ministerio de Relaciones Exteriores. 2017

5- Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, OMS; 2015

Sin embargo, se puede observar en la última década un interés creciente en la mejoría de las condiciones de vida de las personas mayores, incluyendo los ámbitos de salud y salud mental, desde la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor en 2012, hasta la implementación de numerosas iniciativas públicas y privadas, inspiradas en mejorar la situación de las personas mayores.

En este escenario, es que se constata que si bien, existen iniciativas en torno a la salud mental de este grupo, es necesario formular un plan que las impulse, preserve, articule y perfeccione, tal es una estrategia nacional de salud mental para personas mayores.

Salud mental y calidad de vida

De acuerdo a la ENCAVIDAM⁶ publicada en 2017, la salud mental tiene un impacto enorme en la calidad de vida de las personas mayores y viceversa. A lo largo de los 10 años de aplicación de esta encuesta, se observa que hay *un aumento de la satisfacción vital referida por las personas mayores entre los años 2007 y 2016 desde 56,5% a 72,3%. Junto a un aumento de la satisfacción vital se observa una disminución de la sintomatología depresiva y la percepción de aislamiento de las personas mayores. Por otro lado, se vio que la familia es el entorno donde los adultos mayores perciben en menor medida un trato injusto a consecuencia de su edad (10,6%). Además, indica que las personas mayores prefieren tener una buena calidad de vida más que prolongar el número de años a vivir y que uno de los aspectos más relevantes en la calidad de vida es mantener una buena salud, sobre todo en los aspectos funcionales y no depender de otros en el cuidado*⁷.

En esa línea, para la operacionalización del riesgo en salud en las personas mayores se ha desarrollado un modelo comprensivo basado en la funcionalidad, que incorpora la salud mental. Buchner y Warner (1992), proponen clasificar el estado general de la persona en tres categorías: sanos, frágiles y en situación de discapacidad. Las personas mayores frágiles se caracterizan por una reserva funcional reducida, que fácilmente se agota frente a estresores agudos y por esto presentan alto riesgo de caer en situación de discapacidad⁸. Además, se ha definido qué acciones preventivas específicas que permitan a las personas mayores no entrar en este estado de fragilidad o salir de él y disminuyan ese riesgo y sus consecuencias asociadas. Por otra parte, la OMS (2015) plantea que *“la dinámica de la salud en la vejez es compleja y que los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor” y que la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Ésta se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona y el entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida*”. Para fines de este documento nos adscribimos a esta última definición, dado que incorpora también la importancia del entorno como determinante de una buena salud mental, lo que impacta directamente en la calidad de vida de las personas mayores.

6- CHILE Y SUS MAYORES 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC - Caja Los Andes Resultados IV 7- Encuesta Calidad de Vida en la Vejez Heterogeneidad de PM, ISBN N° 978-956-14-2059-5.

7- CHILE Y SUS MAYORES 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC - Caja Los Andes Resultados IV Encuesta Calidad de Vida en la Vejez Heterogeneidad de PM, ISBN N° 978-956-14-2059-5. Pag 7

8- Buchner D, Warner E. Preventing frail Health. Clin Ger Med 1992; 8(1):1-17

Factores protectores y de riesgo para la salud mental de las personas mayores

Al igual que en todos los grupos etarios, la conservación de la salud mental está determinada por múltiples factores de muy distinta raigambre, ubicándose en la esfera social, familiar y personal. Estos factores pueden desempeñar desde un rol protector hasta transformarse en factores de riesgo que amenazan la salud mental. Este conjunto de factores tiene un perfil particular en el grupo de personas mayores, que es necesario tener presente a la hora de generar iniciativas en pos de la preservación de su salud mental.

La OMS ha señalado que: *a lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia. La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última. Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.*⁹ También la situación de estar a cargo del cuidado de otros también es un factor de riesgo para la salud mental en este grupo.¹⁰

Como ya se mencionó, el estado de bienestar percibido por las personas mayores se relaciona en forma recíproca con el estado de su salud mental. En ese sentido, identificar aspectos que están en directa relación con el estado de bienestar que ellos puedan alcanzar tanto en el ámbito personal como en su aporte a la comunidad¹¹ se transforma en clave para visualizar su impacto final en la salud mental.

A continuación, se describirá la situación en Chile de una serie de aspectos referidos a personas mayores, que están en directa relación con su estado de bienestar y por lo tanto con su salud mental. Los datos fueron obtenidos principalmente de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN)¹² del año 2017, a menos que se detalle otra fuente de información.

- * Nivel de funcionalidad:** la mayoría de las personas mayores (85,8%) son autovalentes, el restante 14,2% presenta algún grado de dependencia funcional, y un 4,3% dependencia severa que requiere de cuidados de largo plazo.

9- OMS, 2017 En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores#:~:text=Aunque%20la%20mayor%C3%ADa%20de%20las,la%20hipoacusia%20o%20la%20artrosis>.

10- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000100030&script=sci_arttext

11- Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020

12- Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Presentacion_Sintesis_de_Resultados_Casen_2017.pdf

- * **Necesidades de Cuidado:** El 14,2% de personas mayores que presentan dependencia funcional¹³ en cualquiera de sus grados, requiere de cuidados, de los cuales el 3,6% no cuenta con un cuidador, el 46,4% recibe apoyo en las actividades de la vida diaria por parte de algún familiar que provee los cuidados, el 14,5% recibe apoyo externo en sus cuidados y el 23,6% cuenta con ambos tipos de apoyo, presentándose diferencias significativas entre el V quintil respecto a los otros (Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Existen también diferencias significativas, en cuanto a la provisión de los cuidados, siendo mayor y mejor distribuida en el quintil de mayores ingresos, respecto de los demás. (Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

Respecto a las personas mayores que ejercen el rol de cuidador, es necesario precisar que son las mujeres quienes históricamente han realizado el trabajo de cuidar, representando el 85,6 % del total de cuidadores en nuestro país (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009). En cuanto a la edad de los cuidadores, el 35,7% se encuentra entre los 60 y 74 años y el 11,6% corresponde a cuidadores de 75 años y más a cargo de personas mayores con dependencia (Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

- * **Situación de discapacidad¹⁴:** el 38,3% de las personas mayores de 60 años presenta discapacidad, convirtiéndose en el tramo de edad que presenta mayor población en situación de discapacidad (Encuesta Nacional de Discapacidad, 2015).
- * **Nivel socioeconómico:** el 4,5% de las personas mayores presenta pobreza por ingreso, el menor nivel de todos los grupos etarios. En cambio, al medir la pobreza multidimensional¹⁵ ésta alcanza a 22,1% de las personas mayores, similar a la población no mayor (20,4%). En lo referente a ingresos el 74,5% de las personas mayores recibe algún tipo de pensión o jubilación. Los ingresos del trabajo representan el 47,9% de los ingresos de las personas mayores, en cambio los ingresos que provienen de subsidios corresponden al 9,1% de sus ingresos totales. En cuanto al monto promedio por concepto de jubilación o pensión de vejez, a fines del año 2017 alcanzaba a \$239.813, muy cercano al ingreso mínimo. Con brechas significativas en el que los hombres reciben como monto promedio \$276.937 y las mujeres \$198.716 (Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

En relación a los ingresos económicos, al 23,7% de las personas mayores no le alcanzan sus ingresos para satisfacer sus necesidades y a sólo el 21,2% le alcanza para vivir holgadamente con sus ingresos (ENCAVIDAM, 2017).

13-Dependencia funcional: Personas de 15 años o más que: a) declaran tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas (comer, bañarse, moverse/desplazarse dentro de la casa, utilizar el W.C., acostarse y levantarse de la cama, vestirse) o instrumentales de la vida diaria (salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar tareas del hogar, hacer o recibir llamadas), o b) que reciben ayuda con alta frecuencia (ayuda muchas veces o siempre para la realización de la actividad) o c) que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales, sobre el total de población de 15 y más años.

14- Personas con condiciones permanentes o de larga duración: personas con alguna deficiencia física, mental y sensorial, que declaran tener alguna las siguientes condiciones consultadas en la encuesta: dificultad física y/o de movilidad, mudez o dificultad en el habla, dificultad psiquiátrica, dificultad mental o intelectual, sordera o dificultad para oír aún usando audífonos, ceguera o dificultad para ver aún usando lentes.

15- Incorpora evaluación de cinco dimensiones: educación, salud, trabajo y seguridad social y desde 2015 redes y cohesión social

En relación a la alimentación, las personas mayores presentan prevalencia de inseguridad alimentaria tanto de carácter moderado a severo como severo, *lo que significa efectos significativos en las personas mayores que la padecen, aumentando los riesgos de acelerar procesos de deterioro cognitivo, dependencia y fragilidad. Este escenario se agrava en el caso de la crisis sanitaria por Covid-19, ya que los adultos mayores son uno de los grupos que se exponen a mayores riesgos en el ámbito de la seguridad alimentaria.* (Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020, pág. 16).

- * **Situación Laboral:** En relación a la participación laboral, entre los 55 y 74 años, existen brechas tanto a nivel de género y nivel educacional, en comparación a los demás grupos etarios. Por un lado, casi la mitad de las personas entre 55 y 74 años está trabajando (48%). Entre los 55 y 59 años, un 67% trabaja, habiendo más de 30 puntos porcentuales de diferencia entre los hombres (donde un 85% trabaja) y las mujeres (donde un 51% trabaja) (Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento Universidad Católica, 2018)

A contar de los 60 años se presenta una disminución significativa con un 38,2% en la participación laboral situación similar a lo que ocurre con la tasa de ocupación de las personas mayores, la que disminuye 40,7% (Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

- * **Educación:** El 8,2% de las personas mayores presenta analfabetismo, mientras que en la población de 15 a 59 años es de 2,1% y en los mayores de 80 años aumenta al 14,1%. A nivel de zona de residencia se amplía la brecha en esta población, alcanzando los adultos mayores rurales tasas de analfabetismo del 18,8%. En tanto, a nivel urbano, dicho valor disminuye a 6,4%. En cuanto al promedio de años de escolaridad, en este grupo alcanza los 8,3 (Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).
- * **Uso de tecnologías de la información y comunicación:** el 31,5% de los mayores de 60 años utiliza internet, el servicio de mayor disponibilidad y uso corresponde al teléfono móvil en el 50,4%, sin embargo, el teléfono fijo sigue teniendo presencia en el 42,9% de los que jefes de hogar que son personas mayores. Por otra parte, existe un 3,4% de hogares que no cuentan con algún medio de comunicación y en relación a la disponibilidad de internet en los hogares, en el 23,7% de estos ninguno de los integrantes del hogar sabe utilizar internet (Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020)
- * **Percepción ante el proceso de envejecimiento:** Si bien el 52 % de las personas mayores declara tener una salud excelente, muy buena o buena salud (ENCAVIDAM, 2017), sólo el 8,1% de la población considera estar preparada o se está preparando para la vejez (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2017).¹⁶
- * **Imagen negativa de la vejez:** Si bien el 72,3% de las personas mayores se siente muy satisfecho o satisfecho con su vida (ENCAVIDAM, 2017) la percepción que tiene la población en este aspecto, da cuenta de que solo el 46,7% considera que las personas mayores

16- Quinta Encuesta Nacional de Inclusión y exclusión social de las personas en Chile En: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/SENAMA_libro_5ta_encuesta_BAJA_libro_final_JULIO.pdf

pueden aumentar la satisfacción con su vida, así como también el 42,5% considera que las personas mayores no pueden valerse por sí mismos. A esto se suma que, generalmente, la visión de la vejez está asociada a una serie de estereotipos que coartan la participación social de las personas mayores (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2017).

- * **Participación Social de las personas mayores:** La importancia de la participación social de las personas mayores no solo se justifica por su peso cuantitativo en la sociedad sino también por el valor de su recorrido vital, de su experiencia acumulada que representa un aporte de gran valor que debe ser aprovechado y potenciado a favor del conjunto de la sociedad. Sin embargo, solo el 44,2% de las personas mayores participa de alguna organización social, de los cuales las mujeres presentan una mayor participación en relación a los hombres (48,9% y 37,9%, respectivamente) (ENCAVIDAM, 2017).

Analizando estos factores claves presentados, desde la perspectiva de su impacto en el bienestar y así en la salud mental de las personas mayores, podemos señalar que, si bien se observa en todos ellos una mejoría sostenida a lo largo del tiempo, aún persisten brechas importantes que continuar cerrando, lo que conlleva la necesidad de tomar medidas que permitan cumplir con este fin.

Principales problemas de salud mental

Los problemas de salud mental constituyen un conjunto de condiciones de alta carga y costos. Como se ha revisado en el punto anterior, las personas mayores presentan vulnerabilidades particulares de distinta índole, que aumentan el riesgo de experimentar problemas de salud mental y consecuencias terminales como el suicidio. Además, es importante destacar que en este grupo etario, los hombres constituyen un subgrupo poco considerado como destinatarios particulares de acciones en salud, pese a ser conocido el hecho de su escaso acceso a los servicios disponibles.

Dentro de las principales problemáticas de salud mental que afectan a las personas mayores en Chile actualmente, priorizadas por su alta prevalencia y nivel de carga y costos sociofamiliares que acarrearán, se encuentran:

Trastornos anímicos y emocionales: La prevalencia de depresión en este grupo etario es de 11,2%, con 16,9% en mujeres y 4,1% en el caso de los hombres¹⁷. Aunque la prevalencia de estos problemas de salud mental en este grupo poblacional no es mayor que en el resto de la población adulta, su buen manejo debe considerar criterios particulares para este grupo, las cuales hasta ahora están incluidas de forma muy parcial en los programas que los abordan actualmente.

Suicidio: El suicidio es un antecedente de gran relevancia sobre la salud mental en las personas mayores. Tanto en Chile como en el mundo, el grupo etario que presenta las mayores tasas de suicidio son las personas mayores de 80 años. La tasa de muerte por suicidio en mayores de 60 años es de 12,5 por 100.000, con un enorme predominio de hombres a razón de 10/1. Esta prevalencia aumenta en grupo de personas mayores de 80 años llegando a 15,1 por 100.000, con una tasa de 38,7 por 100.000 en varones. De esta manera, se convierte en el grupo con mayor tasa de suicidio, más que cualquier otro grupo etario.¹⁸

17- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Santiago de Chile: MINSAL; 2010.

18- Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadística e Información en Salud. Indicadores básicos de salud, 2017. Disponible en: <http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/>

El enfrentamiento de esta problemática se ve más complicada aún, porque los hombres en riesgo de este grupo escapan de las estrategias implementadas desde salud para su detección y rescate. Los factores de riesgo de suicidio en las personas mayores que se han observado son:

- Presencia de enfermedad mental: implica un riesgo diez veces mayor, sobre todo en aquellas personas que presentan trastornos del ánimo y abuso alcohol entre otros. En autopsias psicológicas, se ha observado que 9 de cada 10 personas que se suicidaron tenían una enfermedad mental.
- Intentos suicidas previos, con un riesgo doce veces mayor en los primeros seis a doce meses.
- Variables psicosociales: percepción de falta de apoyo social, soledad, pérdida de rol social, pérdida de autovalencia y autonomía, disponibilidad de medios letales, desesperanza, entre otros.

Demencias: En Chile, la prevalencia de estas condiciones en nuestro país es de un 7,1% para las personas de 60 y más años, es decir afectan a más de 200 mil personas y sus familias. Durante el 2018, ingresaron sólo 6.000 personas a programas de salud mental por este diagnóstico. Las dos principales problemáticas en torno a este problema de salud, son: ampliar la todavía escasa capacidad de la red de salud para dar cobertura y atención adecuada a las personas con demencia y su cuidador, y la necesidad de abordar y reducir el impacto sociofamiliar que representa la carga del cuidado de una persona con demencia.

Impacto en la salud mental por emergencias y desastres: Es relevante además considerar, en el contexto de nuestro país, que las emergencias y desastres pueden ser factores precipitantes de daño para la salud mental de las personas mayores. Dado que, para algunas personas “el impacto de un peligro en un grupo social tiene que ver con los mecanismos y adaptación que la sociedad ha desarrollado para enfrentar los efectos potencialmente destructivos, si estos son efectivos se está frente a una emergencia”¹⁹. Por otra parte, desastre, según analiza el mismo López-lbor, corresponde a una “disrupción grave del funcionamiento social que causa pérdidas amplias humanas, materiales y del medio que supera la capacidad del grupo afectado para afrontarlas solo con sus propios recursos”²⁰. Según estas definiciones, las personas mayores estarían frente a una situación de desastre ante la pandemia por COVID-19, que los pondría en una particular situación de vulnerabilidad. En este sentido, existen cuatro razones principales que pueden explicar ese aumento de vulnerabilidad en personas mayores frente a los contextos asociados a desastres:

- Las condiciones de salud, movilidad y sensoriales (visión, audición).
- La falta de provisión de servicios adecuados para las personas mayores.
- La discriminación por edad, a raíz de la cual se les excluye y aísla.
- Los niveles de pobreza en personas mayores, exacerbados por la falta de protección social, mecanismos y oportunidades de subsistencia.

19- López-lbor, 2004, pág. 5

20- López-lbor, 2004

Utilización de Servicios Sanitarios de Salud Mental

En personas mayores con depresión, la subutilización de servicios de salud mental se ha asociado con un bajo acceso a tratamiento de condiciones de salud mental y general, incrementando tanto el riesgo suicida como la mortalidad no suicida. En Chile, el 21,6% de las personas de 60 años y más presentan al menos una consulta de salud mental en el último año. Del total de estas consultas, 75,6% corresponde a mujeres²¹. Asimismo, 23,43% de las mujeres de 60 años y más presentan al menos una consulta de salud mental, en contraste con 16,4% de los hombres del mismo grupo etario. En este caso, se observa que los hombres de 60 años y más presentan la menor proporción y frecuencia de consultas de salud mental de todo el grupo de adultos mayores de 15 años²².

Actualmente existen sólo dos estrategias de salud mental destinados principalmente a este grupo etario: el Plan Nacional de Demencia y desde el segundo semestre de 2019, el GES Alzheimer y otras demencias. Este último, dada su naturaleza de estrategia destinada a generar un piso de cobertura de atención garantizada, ofrecerá en su primera etapa un espectro acotado de prestaciones. Estas, junto con un amplio programa de capacitación a los equipos de la red, permitirán instalar las bases para el manejo de las demencias a nivel nacional bajo el alero del modelo de atención propuesto por el Plan Nacional de Demencia, el que da énfasis a la prevención y detección precoz y la inclusión del cuidador como agente clave en el proceso terapéutico.

Para las otras problemáticas de salud mental de la persona mayor no existen programas específicos. Se asume que están abordados por los programas de salud mental vigentes para la población adulta (no mayor). Por ejemplo, el Programa Nacional de Prevención de Suicidio o el GES depresión en mayores de 15 años. Las personas mayores tienen las mismas garantías de acceso a la atención que brindan estos programas.

Actualmente, se está revisando cada uno de esos programas, de modo de incluir criterios y especificaciones necesarias para un adecuado abordaje de los problemas de salud mental de las personas mayores. Sin embargo, casi todas estas problemáticas de salud mental tienen un carácter multidimensional, tanto en su origen como en las vías de solución. Es así como esta complejidad requiere, para su abordaje efectivo y eficiente, una respuesta gestada y articulada a nivel intersectorial incorporando este grupo de variables, que exceden las acciones exclusivamente sanitarias. Los determinantes sociales constituyen un área especialmente sensible en la respuesta a estrategias de intervención que se puedan proponer.

La Salud Mental desde las Personas Mayores.

Para el desarrollo de esta estrategia, se estableció la necesidad de incorporar la visión de las personas mayores respecto de la salud mental y factores asociados. En enero de 2020 se realizaron dos focus group (Anexo N° 1) con personas mayores, y de cuyo análisis se pudo inferir lo siguiente:

- * En términos descriptivos, se observa que la salud mental aparece representada como un propósito a alcanzar, no como algo con lo que las personas mayores ya disfruten en su cotidianidad.

21- Ministerio de Desarrollo Social de Chile. CASEN 2015 Bases de datos. Observatorio Social, 2017. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/basedatos.php>

22- Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadística e Información en Salud. Indicadores básicos de salud, 2017. Disponible en: <http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/>

- * El logro del objetivo de la salud mental dependería de condiciones de tipo estructural, tales como el dinero, aspectos culturales como los estigmas y las representaciones de género, la existencia de recursos de salud como profesionales, centros de atención, bajas pensiones, entre otras.
- * En cuanto a los factores inmediatos, es decir, más cercanos a los individuos, tales como conductas individuales y condiciones del entorno inmediato:
 - En lo individual se identifican conductas como consumo de alcohol, consumo excesivo de contenidos violentos en medios de comunicación masiva, actitud positiva, vida activa.
 - En el entorno inmediato se considera importante el apoyo familiar y de personas cercanas, de reunión con pares en centros de adulto mayor, entre otras.
- * La salud mental también se representa como un bien contingente, algo que se puede alcanzar y perder, y se manifiestan diferencias con respecto a si a mayor edad aumenta la probabilidad de adquirir o perder la salud mental.

De esta forma, la salud mental es entendida como bien contingente, dependiente de ciertas condiciones en distintos niveles. Se puede interpretar que las personas mayores asumen que existen ciertas acciones con las cuales ellos pueden incidir en la salud mental a través de comportamientos determinados y otros que dependen de la acción de terceros, en las cuales tienen menos capacidad de incidencia.

Con estas condiciones más distantes, quizás la forma de incidencia es el discurso de denuncia, el cual se elabora en torno a la identificación de faltas como recurso económico, recursos de salud, de infraestructura y de información.

- * Se observan diferencias en cuanto a la información con que cuentan las personas mayores en torno a los recursos de los sistemas social y sanitario, así como en relación a iniciativas internacionales para mejorar la calidad de vida. En este contexto, la información parece empoderar a las personas mayores para realizar discursos de denuncia sobre falta de condiciones en la realidad nacional.

Se incorpora además a este apartado aspectos que guardan relación con la salud mental, recogidos del documento "Sistematización Diálogo Participativo: Desconfinamiento y Personas Mayores en Chile" realizado en agosto del presente año en 253 dirigentes de organizaciones de personas mayores. (ANEXO 1) En dicha instancia las personas mayores plantean:

- Se está "al debe" en la salud mental de las personas mayores y es una problemática que viene de antes de la pandemia
 - Es importante empezar a retomar los controles médicos pendientes y -a la vez- fortalecer los sistemas de salud, con cambios radicales que apunten a generar mayor equidad.
 - La responsabilidad ante la pandemia es compartida: el Estado debe entregar las herramientas para protegerse y los ciudadanos deben responder responsablemente, cuidándose.
 - Una vez terminado el confinamiento se requerirán profesionales especializados en salud mental para contener a las personas mayores que se puedan volver a reunir. Todo esto debido a la fuerte carga emocional que se pudiera ocasionar en estos primeros encuentros.
 - Es necesario incorporar más profesionales del área de salud física y mental especializados en personas mayores en los centros de salud.
- Para estos desafíos las personas mayores participantes en el Diálogo proponen:
- Promover una mirada positiva de la salud mental de las personas mayores, difundiendo

- esperanza en vez de temor.
- Promover la visualización positiva de la vejez en los medios de comunicación, matinales, entre otros.
- Disponer de espacios al aire libre para las actividades de las personas mayores, para así dar continuidad a sus rutinas de ejercicios y recreación (con las medidas de cuidado necesarias).
- Promover la participación y vinculación de las personas mayores en todo momento, entre ellos y con otros, así como la participación de los/as dirigentes/as en distintas actividades, por ejemplo: voluntariado, ayudas, sociales y comunitarias.
- Retomar los controles médicos pendientes y fortalecer los sistemas de salud.
- Aumentar los recursos en materia de dotación profesional, en lo que respecta al abordaje físico y mental de las personas mayores.
- Descentralizar la salud a nivel regional -trabajando por comunas- de acuerdo a las realidades locales e incluyendo a las personas mayores en la toma de decisiones.
- Proporcionar mayores recursos a los CEFAM y Municipios para llegar a sectores alejados y rurales.

ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES.

Principios Rectores para el Diseño de la Estrategia

Enfoque de Derechos Humanos.

Los Derechos Humanos son definidos como aquellas garantías jurídicas que se reconocen a todo individuo de la especie humana por el solo hecho de tener tal condición, que apuntan a generar un nivel básico de condiciones de vida sobre la base de ciertos valores que comparten la generalidad de las comunidades humanas (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Naciones Unidas, Resolución 217, 2009).

En esta línea, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM), se constituye como una instancia de protección a los DDHH la cual Chile ratificó y forma parte, desde el 2017. El enfoque de derechos incorpora principios fundamentales que para el abordaje de la salud mental son esenciales de considerar. En particular, en la formación y comunicación social en temas de salud mental de personas mayores, se requiere que estos constituyan parte inexcusable del marco de referencia.

Algunos de los principios generales de la CIPDHPM son:

- * La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- * La igualdad y no discriminación por edad en la vejez.
- * El bienestar y cuidado.
- * El buen trato y la atención preferencial.

Estos principios, dentro de otros, posicionan el tema de la independencia y autonomía de las personas mayores como un aspecto que debe ser considerado en la acción del Estado. Así, dentro de los derechos protegidos que establece la CIPDHPM, se destacan:

Art. 5. Derecho a la igualdad y no discriminación por razones de edad. Los Estados desarrollarán enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez, en relación con las personas mayores en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple²³ incluyendo a las mujeres, las personas con discapacidad, las personas en situación de pobreza o marginación social, las personas migrantes, las personas pertenecientes a pueblos indígenas, entre otras.

Art. 6. Derecho a la vida y dignidad en la vejez. Establece que los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

Art. 7. Derecho a la independencia y autonomía. Se reconoce el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos.

Art. 19. Derecho a la salud. La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral.

* Enfoque de Género.

La palabra género se refiere a las normas, comportamientos, y roles socialmente construidos en relación con lo que significa ser mujer u hombre. Como es un constructo social, el concepto de género va a estar unido a como lo entiendan las personas de una determinada comunidad y cambiará a través del tiempo.

La salud mental no es neutral al género. Ser hombre o mujer marca la experiencia en cómo nos enfrentamos tanto con las situaciones biológicas, físicas y sociales que configuran nuestra salud mental. No sólo en las condiciones en que se vive y el tipo de enfermedades que se pueden presentar, sino también en cómo se acepta o convive con la existencia de complejidades en salud mental.

Así, desde la perspectiva del curso de la vida, socialmente tanto a mujeres como hombres se les designa institucionalmente lo que deben hacer (estudiar, casarse, jubilar, ser madre, ser fuerte). Sin embargo, la preparación emocional, psicológica y física permea escenarios de actuación muy diversos²⁴.

La perspectiva de género es entonces una mirada obligada y central para el diagnóstico e intervenciones tanto individuales como sociales en salud mental.

* Enfoque Comunitario.

A través de este enfoque se busca instaurar un diálogo entre las instituciones, los distintos dispositivos que existen en los territorios, las personas que los conforman y la comunidad. En este contexto, el abordaje de la salud mental no se excluye de esta mirada de articulación y funcionamiento, ya que de este modo se contribuye a conocer las condiciones físicas, sociales, económicas y culturales que componen un territorio, y por tanto, de las mismas personas. Frente a ello, la formación en

23- La convención se refiere al concepto de Discriminación múltiple como, cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación.

24- Basado en: <http://www.fao.org/3/x2919s/x2919s04.htm#fnB6>

salud mental desde este enfoque, permite que se le brinde a las personas habilidades, recursos y destrezas como una manera de ampliar los recursos con que cuentan.

*** Atención Centrada en la Persona (ACP).**

La ACP se concreta en aspectos de la atención cotidiana como el bienestar físico y emocional, el respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana, la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, el fomento de la inclusión social y el respeto a la edad adulta (Martínez, 2011). En esta línea, la salud mental no es imparcial a la ACP, ya que, según esta forma de intervención, las personas se transforman en el eje central de la acción. Su fin es lograr alcanzar un equilibrio respecto de lo que necesita una persona, en relación a su entorno social, de manera de contribuir a su bienestar y calidad de vida.

La relevancia de este enfoque para la salud mental en personas mayores, radica en que se instaura como un modelo para “ganar” en calidad de vida de la persona. Asimismo, quienes trabajan con mayores, se comprometen desde una buena práctica en su accionar, visualizando nuevos roles que consideren un involucramiento y compromiso desde la persona misma y, en función de ello, contribuir a lo terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo.

Imagen social desmitificada de la vejez. Erradicar ideas erradas y estereotipadas sobre la etapa de vejez y el proceso de envejecimiento debe ser una tarea esencial para provocar un cambio radical sobre la percepción y conceptos que la sociedad en general y las personas mayores tienen al respecto. Para ello, resulta indispensable que se instale la reflexión y discusión desde la formación preescolar, de modo que las personas incorporen el envejecer como parte de la vida, de sus propias vidas. Esta necesidad se instala con especial acento en ámbitos formativos de la salud mental, por lo que se requiere contar con planes de acción muy activos tendientes a superar los estigmas sociales que se encuentran asociados a esta etapa vital.

Salud mental en diferentes contextos: Como ya se esbozó, la salud mental en personas mayores es parte de un todo mayor: la gerontología y geriatría como disciplinas, que entregan los conocimientos necesarios para la protección y recuperación de la salud mental en personas mayores, los que deben ser incorporados y aplicados en todos los contextos en que sea necesario, para lograr el gran propósito de cuidar la salud mental. Es así como consideramos que los conocimientos respecto del tema deben ser incorporados y adaptados a todos los escenarios en los cuales se interactúa e interviene con y para personas mayores: en el contexto educativo, en las organizaciones, en la familia y en la comunidad. Deben incorporarse consideraciones, elementos y principios que deberían guiar la comunicación social para el correcto trato de la información en salud mental en personas mayores. Debe incluirse también el abordaje de la protección de la salud mental de esta población en situaciones de emergencias y desastres.

Oferta Intersectorial para la Prevención y Promoción de la Salud Mental de las Personas Mayores.

Actualmente existen una serie de estrategias, programas y acciones del Estado que van en la línea de la prevención y promoción de salud mental en personas mayores. En este sentido, se incorporan en este listado no sólo aquellas que dan atención especializada, sino también aquellas que propician la

vinculación a redes, facilitan la realización de actividad física, recreativas y esparcimiento. Además, en el Anexo N° 2 se visualiza el desafío de ampliar cobertura en todas estas iniciativas, ya que el alcance es insuficientes para la población que requiere el servicio.

A continuación se detallarán aquellas relacionadas al Ministerio de Salud, al Servicio Nacional del Adulto Mayor y otros sectores del Estado.

Ministerio de Salud

Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, la que busca tener impacto en (Ministerio de Salud, 2020):

- a) Los ciudadanos, como personas con potenciales condiciones crónicas, que participarán en la prevención de la cronicidad y la promoción de su propia salud, evitando el desarrollo de nuevas condiciones crónicas o al menos reduciendo su impacto en su salud y calidad de vida, con un uso más eficiente de los recursos del sistema.
- b) Las personas en situación de cronicidad, pasando de un sistema reactivo a un sistema proactivo para ofrecer una atención más integrada, continua y más adaptada a sus necesidades, con un rol y una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud.
- c) El equipo de salud, con una mayor optimización del tiempo dedicando el tiempo a las labores de mayor valor añadido.

Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM):

Dirigido a toda la población beneficiaria mayor de 65 años. Esta actividad constituye una oportunidad para promocionar el envejecimiento positivo, prevenir y pesquisar la fragilidad, detectar factores de riesgo en salud mental, detectar pérdida de funcionalidad, derivar al médico y/o a otros profesionales de acuerdo a los problemas pesquisados (Ministerio de Salud, 2012).

Más Adultos Mayores Autovalentes:

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria. Su propósito es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

Plan Nacional de Demencias (PND):

Está dirigido a abordar de forma integral la condición de demencia y sus objetivos son:

1. Prevención y diagnóstico oportuno.
2. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la persona y su entorno.
3. Mejor coordinación de los programas de atención y cuidados.
4. Seguimiento y actualización del plan.
5. Sensibilización y educación de la comunidad.
6. Capacitación de los actores sanitarios y sociales.
7. Promoción de la investigación e innovación.
8. Actualización del contexto ético y jurídico.

Su foco es la atención centrada en la persona, operacionalizándose en cuatro ejes de acción en los distintos niveles de atención de salud. Estos son:

1. Atención sociosanitaria para personas con demencia y su entorno en el nivel primario de salud.
2. Atención sociosanitaria en el nivel de especialidad a través de las Unidades de Memoria en los hospitales de mediana y alta complejidad, en complemento con el Programa Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia.
3. Sensibilización en la construcción social de las demencias.
4. Intervenciones psicosociales con familiares/cuidadores.

Todos estos niveles contemplan una coordinación intersectorial, con cuidados continuos. Se propende impulsar la investigación, y capacitación, todo en un marco ético y jurídico apropiado (Ministerio de Salud, 2017).

GES Alzheimer y otras demencias:

La incorporación del GES de Alzheimer y Otras Demencias contribuye al bienestar de las personas que viven con demencia, mejorando la calidad de vida de estas personas y su entorno, enmarcándose estas acciones dentro del Plan de Envejecimiento Positivo del Ministerio de Salud y operacionalizándose a través de un plan de acción específico de Personas Mayores para el sector salud.

Su funcionamiento considera principalmente dos niveles de atención en salud: atención primaria y de especialidad. Ambos estarán permanentemente relacionados por medio de la realización de referencias y contrarreferencias de las personas que viven con demencia, la atención al cuidador y las consultorías para revisar diagnósticos y tratamientos.

El diagnóstico y tratamiento se realizará en los establecimientos de APS por un equipo multidisciplinario, quienes a través de acciones en el centro o en el domicilio de las personas desarrollan un abordaje integral de las personas con demencia desde el equipo de sector de cada establecimiento de APS. Se considera este problema de salud dentro de las estrategias de atención de multimorbilidad.

En aquellos casos de mayor complejidad o duda diagnóstica se realizará la derivación a las hacia el nivel de especialidad, para desarrollar diagnósticos diferenciales de Alzheimer y otras demencias, las cuales se podrán llevar a cabo por los equipos de especialidad de los Hospitales de referencia (Ej: Unidades de Memoria) o en Centros ambulatorios de especialidad (Ej: Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, CRS, CAE, COSAM).

Los equipos del nivel de especialidad estarán conformados por un equipo multiprofesional compuesto por médicos especialistas (neurólogo, psiquiatra y/o geriatra), Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Asistentes Sociales, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos y enfermeras) para brindar una atención integral a los usuarios, en coordinación con la atención primaria.

Plan Nacional de Salud Mental y Red Temática de Salud Mental

El documento central que orienta la política de salud mental en Chile es el Plan Nacional de Salud Mental, en su versión 2017 - 2025²⁵ y el modelo de gestión asociado: Red Temática de Salud Mental

25- En: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

en la Red General de Salud 2018, a los que se asocia más recientemente el Plan de Acción de Salud Mental. En estos documentos se ha incorporado a las personas mayores dentro de los grupos de mayor vulnerabilidad y son considerados, en las líneas de acción y los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Salud Mental. En el Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental²⁶, incorpora acciones de promoción y prevención orientadas a personas mayores, bajo los enfoques de derechos, de curso de vida y equidad. Sin embargo, el nivel de desarrollo de la incorporación de las particularidades y necesidades de las personas en este grupo etario es aún un proceso incipiente, pero en permanente crecimiento y desarrollo, impulsado por la también creciente asociación estratégica de MINSAL con SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor). Esta alianza se verá muy fortalecida por la próxima firma de un Convenio Socio - Sanitario entre SENAMA y MINSAL, que pretende como parte de sus objetivos, fortalecer y potenciar las acciones conjuntas y coordinadas desde ambas instituciones, con un especial acento en la promoción y prevención en salud mental de las personas mayores.

Servicio Nacional del Adulto Mayor

SENAMA dispone de programas que favorecen la prevención y promoción de la salud mental de las personas mayores (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2020):

Buen Trato al Adulto Mayor:

Fomento del buen trato y prevención del maltrato hacia las personas mayores, a través de acciones e instancias de capacitación, sensibilización y articulación desde una mirada intersectorial, integral y psico-socio-jurídica. Dentro de este programa existe la figura del Defensor Mayor, quien entrega asesoría legal especializada a personas mayores o a la comunidad en su conjunto, frente a situaciones de abuso, maltrato, violencia o vulneraciones de sus derechos. Asimismo, se preocupa de establecer vínculos con otras reparticiones públicas o privadas que permitan la coordinación y articulación, en el marco de los derechos humanos de las personas mayores. El defensor es un abogado especializado que está presente en cada Coordinación Regional de SENAMA.

Turismo Social:

Facilita espacios de recreación y esparcimiento para las personas mayores. Para ello se contempla el financiamiento de viajes, facilitando el acceso a lugares de interés turístico y cultural.

Envejecimiento Activo:

Contribuye al envejecimiento activo de personas mayores en situación de vulnerabilidad social, proporcionando conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal, cognitivo, biológico, físico y de participación social, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia.

Voluntariado País de Mayores:

Personas mayores entregan apoyo socio-educativo a niños y niñas de familias en situación de vulnerabilidad del sistema de Protección Social, fomentando la participación comunitaria de las personas mayores y el desarrollo de relaciones intergeneracionales.

26-En: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf

Escuela para dirigentes:

Ofrece espacios de participación y formación a personas mayores integrantes de organizaciones que no cuentan con toda la información sobre políticas y oferta pública dirigida a ellos, promoviendo la información, participación y formación con el fin de que puedan conocer y hacer valer sus derechos.

Fondo Nacional Adulto Mayor:

En la línea Fondo Autogestionado, financia proyectos que han sido elaborados por organizaciones de personas mayores. Lo que permite generar capacidades de autogestión, autonomía e independencia en las personas participantes.

Centros Diurnos:

Promueve y fortalece la autonomía e independencia de las personas mayores en situación de dependencia leve o moderada, para contribuir al retraso de la pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un Centro Diurno, donde se entregan temporalmente servicios socio-sanitarios.

Cuidados domiciliarios:

Entrega servicios de apoyo y cuidados para la realización de las actividades de la vida diaria a adultos mayores que presentan dependencia moderada y/o severa, que no cuentan con un cuidador principal y que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, buscando mejorar su calidad de vida y el resguardo de su autonomía, dignidad e independencia.

Fondo de servicios de atención de vivienda al adulto mayor:

Genera acciones que permitan proveer servicios integrales de vivienda y cuidados socio-sanitarios a personas mayores, a través de dos líneas: Condominios de Viviendas Tuteladas y Establecimientos de Larga Estadía.

Fono mayor:

Opera a nivel nacional, de forma gratuita desde red fija y es atendido por especialistas en temáticas de personas mayores. Entrega contención y apoyo emocional a las personas mayores durante la emergencia sanitaria

Comunas amigables:

Programa que tiene como fin contribuir al envejecimiento activo de las personas mayores, a través de la disminución de barreras físicas y sociales a las cuales se enfrentan en el entorno local para envejecer activamente, mediante el trabajo colaborativo con los municipios.

Chile cuenta con una Política de Envejecimiento Positivo Integral e intersectorial, cuyo objetivo es mejorar el bienestar subjetivo de las personas mayores, compuesta de 4 ejes: seguro, institucional, saludable y participativo. Dentro de estos ejes aparecen iniciativas como las descritas en el punto anterior.

Iniciativas Intersectoriales

A continuación se describen otra serie de iniciativas tanto públicas como privadas, que también contribuyen a la salud mental de las personas mayores.

Programa Vínculos:

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con la asistencia técnica de SENAMA, acompañan a las personas mayores de 65 años y busca entregar herramientas psicosociales a aquellas que viven en situación de vulnerabilidad social, para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna y con sus pares.

Adulto mayor en movimiento:

Programa que busca reducir el alto porcentaje de adultos mayores inactivos físicamente a través de talleres deportivos recreativos. Los beneficiarios que participan se organizan a través de organizaciones sociales (clubes, juntas de vecinos, uniones comunales, ONG). Las actividades buscan la participación del adulto mayor y su grupo familiar.

Oferta Municipal:

Actualmente, según registros de SENAMA, de las 345 comunas del país, 291 cuentan con Oficina del Adulto Mayor. Esta cuenta con una capacidad muy diversa de atención, así como también de una variedad importante de actividades realizadas a nivel local dirigidas específicamente a este grupo etario. Estas últimas, son de gran importancia para la promoción y prevención en salud mental.

Oferta privada de atención:

Existen diversas organizaciones de la sociedad civil que cuentan con oferta especializada en este ámbito, con el fin de proporcionar acciones dirigidas a esta población a nivel sanitario y de apoyo psicológico y socioemocional

Articulación de los servicios a nivel local

Como se ha mencionado a lo largo del documento, el abordaje de la salud mental de las personas mayores no sólo considera la existencia de servicios para la atención de este grupo, sino de que éstas se encuentren articuladas y complementadas entre sí, principalmente con los diversos actores de la red (comunidad, servicios sociales, servicios sanitarios, organizaciones locales, entre otros). A continuación se presenta una serie de gráficas, que representan cómo se relacionan los diversos servicios para personas mayores a nivel local, poniendo al centro a la personas mayor, y que dan cuenta de la falta de articulación entre ellos.

- Apoyar a otras personas mayores con dependencia o situación de discapacidad en sus controles médicos, toma de exámenes, ir a buscar los remedios, entre otros.
 - Apoyo en la oficina de personas mayores, atendiendo a quienes van a hacer consultas, ofrecer apoyo en los trámites, hacer visitas o llamados de seguimiento, entre otros.
 - Otorgar acompañamiento emocional y apoyar en algunas tareas tanto a los cuidadores como a sus cuidandos, lo que debiese ser tarea de las instancias municipales.
- * Generar un cambio hacia la salud mental positiva, que permita disminuir los estigmas asociados y el entendimiento de los cambios que cada persona puede realizar para tener un mejor nivel de salud mental. En este sentido, toda medida de promoción de la salud mental debe estar acompañada de una estrategia comunicacional permanente, en la que se eduque y se instale el tema de mental en la población.
- * Los programas, orientaciones y guías existentes que incluyan en su propuesta a personas mayores tanto en servicios públicos como privados del país. Estas deben explicitar el tema de salud mental en personas mayores y unificar la edad de estos desde los 60 años. (Ver Anexo N°3).
- * Cuidados en personas mayores:
- Generar acciones de capacitación biopsicosocial para los cuidadores de personas mayores en los territorios, lo que debiese ser coordinado por los municipios y contar con la colaboración de los Centros de Salud y de SENAMA.
 - Generar grupos de apoyo para cuidadores. Esto debiera ser de responsabilidad de los COSAM o Centros de Salud en los territorios.
 - Visibilizar a la comunidad como una red importante de apoyo en el cuidado y atención de las personas mayores. Para esto se requiere que las juntas de vecinos y organizaciones territoriales sean parte, lo que debiese ser coordinado por las instancias municipales.
 - Efectuar un catastro de personas mayores que requieren apoyo y cuidados, como también de los cuidadores informales a fin de tener un diagnóstico de la situación actualizada. Esto debiese ser utilizado para la implementación de acciones y programas tanto del sector público, como de las instancias privadas. Insumo necesario para el diseño de políticas públicas.
 - Proteger la salud de las personas que cuidan, tanto para cuando estos sean de personas mayores como de cualquier rango de edad. Esto puede efectuarse cuando el programa de dependencia severa de salud visita a las personas mayores en sus domicilios o haciendo seguimiento al cumplimiento del control sano de quien cuida.
 - Otorgar espacios de esparcimiento y ocio para los cuidadores resguardando su reemplazo en el cuidado, ya sea con voluntarios, familia o vecinos. Esta acción debe ser coordinada por los municipios.
 - Fortalecer los programas de cuidados existentes en el sector público y apoyar a las acciones de cuidados que implementa la sociedad civil, a fin de poder llegar con sus programas a mayor cobertura.
 - Entregar apoyo económico a cuidadores de personas mayores que no pueden trabajar por estar dedicados al cuidado a través de un subsidio que se entregue mientras efectúa la función de cuidado, de manera tal que permita dignificar y hacer más sostenible su rol como cuidador.

Prevención de deterioro de la salud mental:

- * **Aspectos socioeconómicos:** se requiere disminuir el nivel de pobreza que presentan las personas mayores y que ha sido uno de los principales desafíos del país, tales como:
 - Aumento a los subsidios que reciben las personas mayores en situación de vulnerabilidad, lo que se traduce en un trabajo colaborativo entre Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de Hacienda.
 - Mejorar el sistema de pensiones que le permita a las personas mayores recibir una jubilación para satisfacer necesidades básicas y otras que les permitan vivir con buena calidad de vida.

 - * **Aspectos laborales:**
 - Los servicios públicos y privados deben generar espacios laborales para que las personas mayores que deseen continuar trabajando puedan realizarlo. Para esto, se requiere que desde el Ministerio del Trabajo se generen estrategias que fomenten la participación laboral de personas mayores, respetando siempre las decisiones de estos.
 - Catastro de personas mayores que trabajan de manera independiente, a través del cual se podrá capacitar y acompañar en la postulación de proyectos que les permitan optar a financiamiento para mejorar su trabajo. Para dar cumplimiento a esto, se requiere que las oficinas del adulto mayor elaboren el catastro y realicen las gestiones correspondientes con las personas mayores e instituciones a las cuales se podría postular para optar a financiamiento.

 - * **Alimentación:** asegurar que toda persona mayor cuente con una alimentación nutritiva, que le permita mantener un buen estado de salud. Si bien hoy se dispone del PACAM, se requiere aumentar el acceso a alimentos de alto nivel nutricional, lo que está directamente relacionado a las estrategias de mejoras en el ámbito socioeconómico que se realice en las personas mayores.

 - * **Educación:** se debe impulsar la alfabetización de las personas mayores, con énfasis en las zonas rurales. Para esto, desde los municipios se deben identificar las personas mayores que requieren alfabetizar, y de las personas interesadas, poder iniciar cursos con flexibilidad en horarios y modalidad, es decir, considerar horarios de trabajos y limitaciones en la movilidad que algunos de ellos puedan tener.

 - * **Tecnologías de la Información y Comunicación.** Si bien existen algunas iniciativas de alfabetización digital, se requiere que cada municipio impulse de manera permanente espacios de alfabetización digital para personas mayores, quienes durante la pandemia dejaron en evidencia las barreras que el sistema presenta. En este sentido, y considerando que la mayor parte de las personas mayores continúa usando el teléfono como principal medio de comunicación, se requiere que los servicios públicos y privados generen líneas telefónicas de fácil acceso a las personas mayores, evitando la marcación digital de menú que lo derive a un operador por la marcación de voz.
- Además, a las personas mayores que no disponen de ningún medio de comunicación, a través del Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, se propone realizar entrega de celulares con la capacitación

respectiva, que les permita acceder a diversos servicios, por ejemplo, a Hospital Digital para consultas médicas por telemedicina y además conservar y ampliar relaciones familiares y sociales.

- * Potenciar la detección temprana para personas mayores que estén en riesgo de padecer una enfermedad mental, siendo esencial, seguir los principios de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en todo el sector de salud. Para esto, es fundamental que los equipos de salud cuenten con programas de capacitación específicos en los que abarquen distintas características que definen a los trastornos mentales en los mayores.
- * Abordar las alteraciones físicas de manera conjunta con equipo de salud mental. Para esto, los equipos de salud deben generar un gestor de caso de salud mental que realice la vigilancia de grupos de alto riesgo, identificando los cambios anímicos que se puedan presentar en las personas mayores de manera oportuna, realizando el seguimiento respectivo y la derivación correspondiente cuando se requiera. Además, educar a la persona y familia, para mejorar la autogestión de las patologías crónicas.
- * Incorporar a las personas mayores como población específica en las iniciativas preventivas y de tratamiento que se realicen desde el Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas (SENDA). Así también, desde el MINSAL se deberá resguardar el uso razonable de benzodiazepinas en personas mayores.
- * Si bien el suicidio no es un trastorno mental, diversos estudios indican que estos, especialmente la depresión, son importantes predictores de la conducta suicida en personas mayores. Por esta razón, se requiere potenciar acciones preventivas sobre el suicidio en personas mayores que contemplen la actuación en varios ámbitos y la participación de diversos agentes de la sociedad (la misma persona mayor, familiares, profesionales, organismos gubernamentales, representantes de la sociedad civil y medios de comunicación): Para esto es necesario:
 - La concienciación de la sociedad en cuanto a la magnitud y consecuencias de la morbimortalidad en la conducta suicida en personas mayores y el estigma que se asocia a ello. Además, de educar a la sociedad que el suicidio puede prevenirse, que todos tienen la capacidad de percibir las necesidades del otro y prestar ayuda oportuna, identificar y reducir los factores de riesgo (aislamiento social, duelo reciente, jubilación, entre otros), así como refuerzo de los factores protectores.
 - Reducción al acceso a medios letales.
 - Implementación de líneas de ayuda telefónica.
 - Grupos de ayuda mutua de sobrevivientes
 - Pautas de información a los medios de comunicación para abordar el tema con responsabilidad, entre otros.
 - Capacitar a profesionales sanitarios en la detección de la conducta suicida en personas mayores y estrategias más eficientes para su afrontamiento, además, mejorar la accesibilidad a los cuidados de salud mental de calidad.
- * En situaciones de catástrofes, se deben considerar las siguientes acciones con las personas mayores:

- Adaptación/inclusión: conseguir que las políticas, estrategias y actividades tengan en cuenta las necesidades, capacidades, vulnerabilidades y perspectivas de todas las edades.
- Educación: ampliar la conciencia y los conocimientos sobre los desastres y sobre cómo los viven y responden a ellos las personas mayores. Esta área abarca la capacitación específica de los profesionales de la salud que trabajan en la gestión de riesgos de desastres y de las personas mayores en todos los niveles de la sociedad.
- Comunicación: suministrar información oportuna, exacta y práctica que sea fácil de comprender. Coordinación: velar por que la acción de todos los sectores sea complementaria.

Es importante tener en cuenta que, en situaciones de desastres, las personas mayores identifican como temas claves en emergencias:

- Necesidades básicas
- Movilidad
- Salud
- Aspectos sociales y familiares
- Aspectos económicos y legales.

Trabajo Intersectorial

1. Ampliar cobertura.

Los datos antes presentados dan cuenta de una muy baja cobertura tanto en los programas de promoción y prevención, como también en aquellos servicios que otorgan atención especializada de salud mental en personas mayores. El ampliar cobertura, implica el aumento de los recursos destinados a dichos servicios, así como también la formación de personal, mejorar la difusión, entre otros.

2. Diagnóstico de oferta a nivel municipal.

Considerando la instalación del Subsistema Adulto Mejor, la Subsecretaría de Servicios Sociales del MIDESOF realiza un levantamiento de los recursos técnicos y humanos con los que cuentan las municipalidades para la atención de las personas mayores en sus territorios. Resulta de gran importancia continuar con esta labor, con el objetivo de definir las brechas en cuanto a la realización de actividades que contribuyan a la promoción de la salud mental en las personas mayores o, a lo menos, levantar antecedentes de cuál es la capacidad con la que cuentan los municipios para la atención de este grupo.

3. Gestión de casos.

Las propuestas para las mejoras en la articulación de los servicios de salud mental para personas mayores consisten principalmente en diseñar e implementar un sistema de apoyo, basado en el concepto de gestión de casos.

Los sistemas de gestión de casos han evolucionado en distintas vertientes. Entre estas se cuentan el número, cualidad y diversidad de los profesionales que participan, así como la filosofía de trabajo que emplean y la intensidad de las acciones de coordinación y de provisión de servicios.

El modelo de gestión de casos en salud mental se ha inclinado hacia la provisión de ciertos servicios fundamentales, lo que LAMB y cols (1980) denominan "clinical case management", donde el gestor

de casos es proveedor y coordinador de los servicios²⁷. La gestión de casos es un proceso que persigue que la atención a la persona sea completa e integral, con el fin de que esta se mantenga en su entorno comunitario con una calidad de vida óptima, implicando a la red de salud mental sociosanitaria, a la comunidad, a la familia y al propio paciente en su proceso de recuperación²⁸.

Para adecuar el modelo de gestión de casos en salud mental al acompañamiento de personas mayores hacia una mejora en su calidad de vida, se propone que los equipos de los servicios de apoyo y cuidados del sistema de protección social del Estado (Chile Cuida) coordinado por **Municipalidades**, puedan ejercer esta función.

Estos servicios de apoyo contribuirían a articular los servicios de salud mental para personas mayores en un determinado territorio, tanto los servicios sanitarios como los de apoyo social comunitario. De este modo, se hace más efectiva la respuesta del Estado y la sociedad civil a las necesidades de esta población, además de acompañar a la persona mayor en el proceso de envejecimiento saludable y/o en la autonomía para una mejor calidad de vida en la vejez.

4. Instrumento único de evaluación o derivación.

En la actualidad, el examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM) se concibe como la puerta de acceso a las prestaciones de salud destinadas a personas mayores. En la práctica no es utilizada como tal y queda sólo como una prestación finita. Recientemente se han incorporado preguntas de tamizaje relacionadas a consumo problemático de alcohol y drogas, que podrían contribuir a realizar una adecuada derivación a dispositivos que abordan esta problemática.

El grupo intersectorial propone reforzar las orientaciones técnicas que rigen el examen de medicina preventiva, particularmente en lo que concierne a derivación a otros dispositivos. Esto, como recurso a implementar en el plan de atención de la persona mayor, posterior a la aplicación del EMPAM.

Adicionalmente, la OMS plantea que la capacidad funcional es clave para el envejecimiento saludable y define esta capacidad como “los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella”. Este concepto de envejecimiento saludable suscita un nuevo enfoque para la atención de la salud en la vejez, esto es, la optimización de las capacidades intrínsecas y funcionales de las personas a medida que envejecen. Es en este contexto donde propone como herramienta de tamizaje la “Atención integrada para las personas mayores” (ICOPE, su sigla en inglés)²⁹ la que puede ser aplicada por cualquier profesional que se desempeña en la comunidad.

5. Registros únicos para favorecer la articulación.

En la actualidad no existen sistemas de registros compartidos entre los distintos servicios y programas o iniciativas orientadas a personas mayores, lo que podría facilitar la articulación de los diversos dispositivos.

27- 2013 gestión de Casos en Salud Mental Dirección Regional de Salud Mental Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad Servicio de Salud de Castilla-La Mancha España

28- Gestión de Casos en Salud Mental Dirección Regional de Salud Mental Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad Servicio de Salud de Castilla-La Mancha España, 2013

29- OPS/OMS, 2019 Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud.

6. Definición de un ente articulador de la oferta a nivel local

A largo plazo, el desafío es mayor ya que, al conocer la oferta y las brechas existentes, será necesario definir responsabilidades públicas y sectoriales, facilitar la coordinación efectiva en los territorios y definir quién es el coordinador o coordinadora de las acciones en un territorio definido.

Formación en Salud Mental para Personas Mayores y para quienes trabajan con Personas Mayores

Al comenzar el diseño del trabajo en el área formación en salud mental de personas mayores, surgieron varias interrogantes al respecto. En primer lugar, cuál sería la realidad local en este ámbito, especialmente en comparación al resto del mundo. Para la realización de un proceso de apreciación de la realidad chilena en cuanto a la formación en este tema, se estableció que se incluiría bajo el concepto formación, todas las iniciativas que apuntan al aprendizaje de elementos de salud mental en personas mayores y sus factores asociados, independiente del nivel de profundidad o sistematización. Esto, con el fin de generar un inventario lo más completo y descriptivo posible que permitiera un diagnóstico situacional, a través de su análisis comparativo con los estándares sugeridos por organismos competentes. También surgió la necesidad de definición de conceptos y principios orientadores a utilizar en relación a la formación y comunicación en vejez, envejecimiento y salud mental. Se identificaron como puntos cardinales orientadores de cualquier acción comunicacional y formativa, los enfoques de derechos y de curso de vida. Así mismo, con la necesidad establecida de responder estas cuestiones, se estructuró una estrategia que permitiera responderlas y estableciera una base, sobre la cual plantear una propuesta de desarrollo de la formación en la temática, adecuada a nuestra realidad.

La Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA) en 2013, publicó la guía: *"Guidelines for Psychological Practice With Older Adults"*, en que se señala claramente la imperiosa necesidad de incorporar cierto conjunto de conocimientos, habilidades, competencias y actitudes en los psicólogos de adultos, que están ya atendiendo y evaluando a un número creciente de personas mayores³⁰.

En una revisión de los planes curriculares en la formación de médicos especialistas en geriatría de 5 países (Reino Unido, Estados Unidos de América, España, Australia y Canadá) se observó que "todos los programas revisados consideran la formación en salud mental como parte fundamental del currículum de un geriatra", "En general se considera como parte del dominio "cognición", y contempla entre 4 y 6 subdominios: Demencia, Delirium, Depresión, Ansiedad, Trastornos del Sueño y Trastorno Conductual en demencias. Para cada uno de estos subdominios se definen los conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes necesarias para su aprendizaje. Estos programas consideran como otro dominio "el trabajo en equipo multidisciplinario", incluyendo la interacción de la geriatría clínica con otras profesiones (incluso no médicas), ampliando así el campo de acción de la salud mental más allá de lo médico." "Al tomar en consideración estos programas de formación de países con mayor experiencia en la formación de capital humano avanzado en geriatría, gerontología y psicogerontología, la formación en salud mental DEBE ser parte central del programa conducente al título de geriatra³¹".

30- <https://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults>

31- Revisión aportada por geriatra del HCUCH Dr. Felipe Salech.

Para el logro de los objetivos propuestos se llevó a cabo las siguientes acciones:

- * Realización de un catastro nacional de contenidos de gerontología y salud mental de personas mayores; iniciativas de capacitación y programas formativos en todo el ámbito educacional: educación básica y media, universidades, institutos etc. (que imparten carreras asociadas al trabajo con personas mayores).
- * Revisión de estrategias y lineamientos utilizados en otros países para incorporar elementos de salud mental a nivel curricular.
- * Búsqueda y definición de los contenidos mínimos obligatorios y sugeridos, para incorporar en mallas curriculares, material educativo y/o informativo en relación a la salud mental de las personas mayores.
- * Identificación de perfiles de personas que necesitan capacitación.

Situación Internacional de la formación en Salud Mental de Personas Mayores.

En las últimas décadas diversos organismos internacionales han puesto sobre la mesa la necesidad imperiosa de desarrollar e incorporar conocimientos gerontológicos en los distintos ámbitos de formación de las personas que se relacionan laboralmente con personas mayores. Esto cobra especial importancia en el área de salud y específicamente en salud mental. Este llamado ha sido paulatinamente atendido en forma muy heterogénea en los diversos países. El rápido incremento de la población mayor, está siendo un desafío permanente y creciente que posiblemente no esté siendo dimensionado en su magnitud e impacto. Dentro del ámbito de salud, la salud mental suele tener un desarrollo menor que otras áreas y ese desmedro se hace patente también en el caso de las personas mayores. No es posible plantear una estrategia de desarrollo de este ámbito separado de la salud en general, es decir geriatría y de otros ámbitos de la gerontología y la psicogerontología. Así lo plantean las instituciones relacionadas con personas mayores y salud en el mundo³². En la experiencia internacional destaca en forma especial y unánime la necesidad de establecer estrategias en instancias claves como comunicación social, educación comunitaria en salud mental de personas mayores y participación ciudadana, por su irremplazable rol en la sensibilización y creación de conciencia de la vejez y los procesos de envejecimiento y disminución de estigmas asociados. Lo anterior, a través de acciones prácticas que tengan una conexión real con el entorno, involucrando a la comunidad en la promoción y el cuidado de la salud mental de las personas mayores³³.

Situación Nacional de la formación en Salud Mental de Personas Mayores.

Sabemos que en los últimos años, en Chile ha existido un incremento importante en la entrega de conocimientos gerontológicos para la formación en distintas áreas, producto de las necesidades actuales de la población mayor y el acelerado proceso de envejecimiento poblacional que vive el país. Así, en este escenario, se ha ido avanzando y construyendo la posibilidad de diversificar las áreas donde se requiere mayor formación gerontológica, desde la educación formal hasta ámbitos no académicos. Por ejemplo, la Política de Envejecimiento Positivo dentro de sus objetivos tiene aumentar la cantidad de profesionales especializados en temáticas de vejez y envejecimiento, en su eje saludable.

32- En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

33- En: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9877:seniors-mental-health&Itemid=40721&lang=en

No obstante, al focalizar en la formación en salud mental y en particular en personas mayores, vemos que la oferta se restringe sólo a algunos programas de formación, principalmente en la línea de postgrado o postítulo. Lo anterior nos indica que, en educación de pregrado, se requiere la inclusión de temáticas de salud mental en personas mayores. Más aún, posicionar la vejez y el envejecimiento como una construcción social, considerándolo en la educación como un factor transversal.

La situación actual nos muestra que se establece como un requerimiento el aumentar y diversificar la oferta de instancias de formación en esta línea, que implique la especificación y profundización de contenidos, de públicos objetivos y además, considere la difusión y acceso a estas iniciativas como estrategias de acción transversales a implementar.

El posicionar una imagen que reconozca la diversidad de la vejez, permitiría aumentar la inclusión social y la protección de las personas mayores. Una estrategia para ello es el poder entregar formación o contenidos mínimos en la materia de salud mental en personas mayores, que permitan que diversas personas, ya sean naturales o de organismos e instituciones públicas o privadas vinculadas al trabajo con mayores, adquieran las herramientas suficientes que les permitan realizar sus distintas actividades de manera adecuada.

- * A partir del análisis de los registros encontrados, se detectaron importantes vacíos en formación en gerontología y salud mental de personas mayores en todas las instancias formativas. Sigue siendo algo menor en la formación en especialistas en geriatría, pero con oferta insuficiente en cantidad de programas de formación y en la forma de incluir en dicha formación los aspectos relacionados con salud mental de personas mayores, limitándose en general a abordar la patología en SM y su manejo.
- * En cuanto a oferta formativa, en psicogerontología y psicogeriatría, en forma práctica, podemos decir que existen sólo iniciativas aisladas en formación de postgrado y escasas; en psicogeriatría no existe oferta nacional. Es necesario destacar que sí se registró la existencia de algunas excepciones a esta situación descrita, que sin embargo son insuficientes.
- * A partir de la revisión de mallas curriculares y planes de estudio disponibles de carreras del área de la salud y las ciencias sociales (pregrado) a nivel profesional y técnico, se visualiza que en el contexto demográfico actual se forman trabajadores que tienen dentro de su labor cotidiana el contacto estrecho con la población mayor y sus problemáticas, evidenciándose la escasez casi completa de contenidos gerontológicos y de salud mental de personas mayores.
- * En otro ámbito de análisis, se ha ido encontrando una muy desmedrada imagen social de la vejez y el envejecimiento, plagada de prejuicios y negaciones respecto del proceso de envejecer, así como mitos y atribuciones erradas. Estas se observan en todos los grupos etarios, influyendo negativamente en la autoimagen de las personas mayores.
- * Dentro del contexto ya descrito, existe también a nivel regulatorio una ausencia de instructivos que orienten la formación en gerontología y en geriatría (pregrado) en Chile, escenario clave en el que se deben insertar los temas de salud mental en esta población.
- * A partir de las experiencias vividas durante la pandemia en materia de salud mental de las personas mayores, así como de situaciones críticas previas, se perfiló la necesidad de incluir los temas acerca del impacto de situaciones de emergencias y desastres en la salud mental de las personas mayores, plasmando estos aprendizajes obtenidos como parte de los contenidos de un plan de formación.

Propuestas para Abordar los Desafíos Detectados en la Formación en Salud Mental para Personas Mayores y quienes trabajan con Personas Mayores

En nuestro mundo actual, pleno de saberes crecientes y cada vez más específicos, cabe la pregunta respecto de la enseñanza y sus objetivos. ¿Cuál es la mejor estrategia de formación y enseñanza en las diversas disciplinas y áreas del conocimiento?. En el ámbito de la salud mental de las personas mayores, esta pregunta también se impone. Desde una mirada más tradicional, una posible respuesta es formar especialistas en personas mayores en todos los ámbitos posibles. Sin embargo, al poco andar se ha evidenciado que esta opción como única alternativa, es insuficiente, al considerar la velocidad del envejecimiento poblacional.

Esto no quiere decir que no sea una alternativa válida. Por el contrario, es necesario proteger y potenciar la productividad de los núcleos de investigación y formación gerontológica, geriátrica y psicogerontológica existentes y futuros articulándolos con estrategias destinadas a la expansión e incorporación de este conocimiento a grupos humanos no especializados. Así se plantea que una alternativa complementaria a la formación de especialistas, sea la incorporación de un bagaje de conceptos y principios básicos en salud mental de personas mayores, en la formación de personas, técnicos y profesionales de áreas clave. Esto, en el sentido de ser trabajadores en directo contacto con personas mayores o con una influencia estratégica en la imagen social de la vejez.

¿A quiénes se encuentra dirigida la propuesta de formación?

Considerando todos los cambios demográficos existentes en los últimos años en materia de vejez y envejecimiento, además de la proyección de crecimiento que existe, donde se estima que el porcentaje de personas mayores llegará al 30,7% de la población para el 2050 (CELADE-Revisión 2017), se incrementa la necesidad de poder disponer de mejores servicios, planes y programas que contemplen la formación en vejez y envejecimiento, para todos aquellos actores que se encuentran vinculados o interesados en desempeñarse en la materia.

De acuerdo a la V Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social de las PM (U. de Chile, SENAMA, 2017), se indica que el 70% considera que el país está poco o nada preparado para el envejecimiento poblacional, o que el 73% cree que los mayores se encuentran socialmente marginadas. Por tanto, se muestra una realidad en donde se hace imperioso avanzar en la concientización y formación de todo lo que significa la vejez, incluida la necesidad de capacitación, la entrega de herramientas y el reconocimiento a la importancia de la atención integral hacia este grupo etario que contribuya a una imagen positiva de la vejez.

Por lo anterior, la formación en materia de vejez y envejecimiento debe encontrarse a la base de la gerontología como disciplina fundamental. Y al mismo tiempo, relevar los distintos perfiles que trabajan o podrían hacerlo con personas mayores, incluyendo a este mismo grupo etario. Es la única forma de contribuir a una imagen social positiva de la vejez desde una atención integral.

En esta línea, el abordaje de la salud mental en persona mayores también se transforma en una necesidad de formación dada la lejanía y estigmatización hacia la temática. Esta se ve acrecentada en la vejez, requiriendo que se aborde a partir de la entrega de capacitación, acompañamiento, formación y desestigmatización en la materia, con el fin de otorgar herramientas para el trabajo con personas mayores y salud mental, pero también contribuir a revertir la percepción negativa que existe sobre los mayores, la vejez y la salud mental.

Frente a lo mencionado, es imprescindible contar con contenidos formativos en salud mental para personas mayores que abarquen diversos perfiles, considerando a lo menos:

- * Profesionales (pregrado, postítulo y postgrado). Todos aquellos profesionales del ámbito público o privado, de cualquier área (sobre todo social o de salud) que trabajen de manera directa con personas mayores o interesados en hacerlo.
- * Asistentes de trato directo.
- * Técnicos de diferentes áreas, en especial salud y social, que se desempeñan en el ámbito público o privado en el trabajo con personas mayores.
- * Asistentes de trato directo o cuidadores informales. Personas que en forma remunerada se desempeñan en ámbitos privados o públicos en el apoyo de personas mayores en el desempeño de actividades de la vida diaria, como aseo, higiene personal, alimentación, salidas a trámites, entre otros.
- * Cuidadores informales. Personas que proporcionan cuidados a personas mayores que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria, al interior del hogar y sin remuneración. Generalmente son mujeres de la familia, vecinas, amigas entre otras. También a aquellas personas de 60 años o más, que requieren o les interesa contar con mayor conocimiento sobre los cambios psicológicos y salud mental en esta etapa de la vida.
- * Estudiantes. Personas que cursan educación formal (Pre básica, básica, media y universitaria).

Propuesta de contenidos formativos en salud mental de personas mayores.

Competencias en el trabajo con personas mayores y actitudes hacia el trabajo con ellas.

- Distinción en el quehacer: ámbitos de acción en diferentes contextos.
- Ser conscientes de actitudes, estereotipos, prejuicios y creencias propias acerca de la vejez y el envejecimiento y su implicancia en el trabajo con esta población.
- Definición y delimitación de motivaciones, habilidades, competencias, dificultades, necesidades, roles y tareas vinculadas al trabajo en salud mental de las personas mayores.
- Desarrollo de habilidades para la comunicación y adaptar los modos de evaluación e intervención, a las diferentes características culturales, sociales, étnicas, de salud, ambientales y contextuales de estas personas.

Conocimiento general sobre vejez y envejecimiento y salud mental.

- Situación de salud mental de la población mayor en el mundo y en Chile.
- El envejecimiento y vejez como procesos intrínsecos del ser humano, incluyendo comprensión desde enfoque de curso de vida.
- Manejo de conocimiento actualizado a nivel teórico e investigativo, en vejez y envejecimiento.
- Conceptos básicos de salud mental. Elementos sociales y contextuales condicionantes de la salud mental en personas mayores.
- Especificidades del proceso psicológico del envejecimiento vinculadas a la salud mental de esta población, considerando la heterogeneidad e individualidad, desafíos y recursos.
- Factores protectores y de riesgo para la salud mental de personas mayores.
- Alteraciones de la funcionalidad.
- Conceptos básicos de geriatría y síndromes geriátricos relevantes.
- Aspectos éticos relacionados con personas mayores.

Problemas de salud mental de personas mayores de PM.

- Manifestaciones desadaptativas, situaciones y condiciones de salud mental sub sindromáticas.
- Psicopatología y patología neuropsiquiátrica, abordaje multidimensional y particularidades en personas mayores.
- Conducta suicida.

Evaluación y diagnóstico en salud mental de personas mayores.

- Desarrollar habilidades para adaptar el modo de evaluación de las personas mayores a sus características y contextos específicos.
- Familiarizarse con la teoría, investigación y uso de diversos métodos e instrumentos de evaluación de personas mayores, de acuerdo con su campo de experticia, considerando su aplicabilidad en nuestro contexto local (considerar diferencias culturales en aplicabilidad, validez y confiabilidad de los instrumentos, efectos de medicación, etc).
- Desarrollar habilidades para evaluar diferentes ámbitos del funcionamiento psíquico y funcionalidad de las personas mayores de acuerdo con experticia propia de cada disciplina, desde un tamizaje a una evaluación más exhaustiva.

Intervenciones.

- Conocer y estar familiarizado con la teoría, investigación y práctica de diferentes métodos de intervención con esta población, particularmente con las evidencias de su efectividad, de acuerdo con el propio campo de experticia.
- Desarrollar habilidades para adaptar los modos de intervención a las características personales, culturales, de contexto de las personas mayores y sus familiares o cercanos, así como en la orientación y coordinación con otros profesionales vinculados.
- Contar con recursos pedagógicos para facilitar el aprendizaje de las personas mayores.

Políticas, planes y programas en relación con salud mental de personas mayores.

- Niveles asistenciales y su rol: Promoción de bienestar y prevención del deterioro de la salud mental de estas personas (ej., prevención de la soledad, del suicidio, etc.). Atención e intervención clínica y rehabilitación integral (psicosocial y funcional)
- Sistema de salud y servicios de salud mental vigentes (programa más adultos mayores autovalentes, GES Alzheimer y otras demencias, Plan Nacional de Demencia, etc.)
- Legislación vigente en salud mental (Capacidad jurídica, alimentos mayores, interdicción, etc.)
- Catálogo de recursos y servicios vigentes (pensiones, programas de apoyo social etc.).

Investigación en Salud Mental de Personas Mayores.

El grupo de investigación de la Mesa Técnica de Salud Mental de Personas Mayores SENAMA - MINSAL, se propuso como objetivo general conocer el estado del arte de la investigación sobre personas mayores y salud mental en Chile y el extranjero. A partir del resultado de trabajo, se proyectó entregar recomendaciones para una estrategia de mejoramiento de la investigación en salud mental y personas mayores que permita cerrar las brechas de investigación a nivel nacional.

Para el cumplimiento de este objetivo elaboró un documento que detalla las tres líneas de análisis (Anexo N° 4). La primera de ellas consta de una descripción de la investigación a nivel nacional e internacional, principalmente realizada a partir de una metodología cuantitativa que utiliza estadística descriptiva; la segunda línea se trata de una revisión sistemática realizada a partir de bases de datos de publicaciones científicas en salud según términos de búsqueda y la tercera línea se trata de una revisión de palabras clave contenidas en resúmenes de publicaciones científicas sobre personas mayores en un período de tiempo determinado, esto mediante el uso del software Vosviewer®.

Propuestas para Abordar las Brechas y Desafíos Detectados en Investigación.

Tomando en consideración el análisis realizado y los resultados la Mesa propone:

- La necesidad de generación de conocimientos nacionales en torno a las temáticas de vejez y envejecimiento, basadas en la prevención y factores de protección para la salud mental de las personas mayores, como son los estilos de vida saludables y la comunicación social. Esta comunicación debe dar a conocer contenidos de salud mental en poblaciones que actualmente son las más estudiadas como los mayores de 80 años.
- Dado que las investigaciones se dan en distintos niveles y acorde a los intereses de cada centro de investigación o autores particulares, se sugiere una entidad que agrupe desde la institucionalidad pública (SENAMA-MINSAL) junto a la Agencia de Investigación y Desarrollo, las necesidades de información para evaluar la eficacia de las políticas públicas en salud mental de personas mayores, con fondos para la investigación. Además, generar una hoja de ruta respecto a materias en las cuales se debiera investigar.
- Respecto a los datos, para mejorar la calidad de los datos y el acceso a estos, se sugieren repositorios de datos respecto a diagnósticos de la salud mental de las personas mayores, resguardando las leyes acordes a la confidencialidad de estos, en pro de analizarlos desde distintas perspectivas y grupos de investigadores.
- Considerando el nivel de especialidad de datos relacionados con la práctica clínica, se sugiere la abogacía con Universidades y centros formadores, para la inclusión de horas de investigación en mallas de postgrado para carreras relacionadas con la salud mental de las personas mayores.
- Finalmente, un tema emergente es la salud mental en emergencias, por lo cual se debe incentivar la investigación en personas mayores para identificar las vivencias en torno a crisis sociales, desastres naturales y la pandemia. Esto, con el objetivo de identificar factores de protección y factores de riesgo respecto a su salud mental, lo cual se puede articular con la formación de profesionales que trabajen con personas mayores.

CONCLUSIONES

La salud mental es un tema de crucial relevancia para el desarrollo de una sociedad y sus futuras generaciones. La salud mental en la vejez es el resultado de la interacción de múltiples factores a lo largo del curso de la vida y la posibilidad de experimentar un proceso de envejecimiento satisfactorio está determinado en gran medida por el nivel de bienestar alcanzado. Ha sido ampliamente descrita la relación estrecha y recíproca entre bienestar y salud mental, de modo que optimizar las condiciones de vida que determinan dicho bienestar tendrá un impacto directo la mejoría de la salud mental de las personas mayores.

La salud mental de las personas mayores se presenta como un desafío que compromete a todo el intersector, como una política pública transversal, siendo necesario el compromiso y gestión para lograr un trabajo coordinado que permita incorporar los factores mencionados, a fin de evitar la duplicidad de funciones. Para esto, es necesario que cada institución evalúe: ¿cómo se está abordando a las personas mayores desde su ámbito de acción?, ¿cómo se puede mejorar o favorecer la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales desde su sector? Toda medida de promoción de la salud mental debe estar acompañada de una estrategia comunicacional permanente, en la que se eduque y se instale el tema de salud mental en la población y que dé cuenta de un trabajo mancomunado entre el estado y la sociedad civil, así como también con acciones de formación e investigación que orienten el quehacer de los distintos actores.

Si bien ya se estableció cómo distintos ámbitos de la vida tienen un efecto en el bienestar y la salud mental; no podemos obviar que las emergencias, desastres y catástrofes tienen un importante impacto en la salud mental de las personas. Actualmente, producto de las medidas de cuidados sanitarios por COVID-19, destinados a proteger a la población, tales como el confinamiento y las restricciones en el contacto con la familia y la comunidad han generado una situación sin precedentes para la vida de las personas mayores, los cuales han incrementado el nivel de vulnerabilidad social y el riesgo de enfermedades que podrían afectar su salud mental.

Esto refuerza la necesidad de mantener la tendencia a que las políticas en salud mental no se limiten a las acciones de carácter exclusivamente sanitario, sino que incluyan cada vez más estrategias y acciones de promoción y protección de la salud mental en el curso de vida, abogando por entornos y condiciones vitales que la favorezcan.

Por otra parte, la comunidad y las propias personas mayores deben ser actores principales en la protección de la salud mental, tomando acciones de auto y heterocuidado así como también incentivando y fomentando la participación social y reconociendo el aporte a la comunidad de éste grupo etario.

La estrategia presentada en este documento, nos plantea la necesidad de generar un plan de acción que oriente la concretización de las propuestas y un mecanismo de seguimiento de dicha implementación, como el siguiente desafío. Pretende también ser un aporte para una política no sólo a corto plazo de esta temática, sino también ser la base para la construcción de una hoja de ruta, para una mesa permanente de coordinación intersectorial, que vele por la implementación y logro de las iniciativas que esta estrategia propone.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychological Association (APA). (2013). Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. 8 octubre 2020, Sitio web: <https://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults>
2. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. mayo de 2020;5(5):e256.
3. Arnold, M., Herrera, F., Massad, C., Thumala, D. (2018). Quinta Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social De Las Personas Mayores En Chile: Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional. Santiago: Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.
4. Banerjee D. The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. [citado 17 de julio de 2020];n/a(n/a). En: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.5320>
5. Banerjee D. 'Age and ageism in COVID-19': Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian J Psychiatry*. junio de 2020;51:102154.
6. Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Geriatr Psychiatry*. julio de 2020;28(7):712-21.
7. Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento Universidad Católica. (2018). Trabajo y personas mayores en Chile: lineamientos para una política de inclusión laboral. Santiago.
8. Confinamiento prolongado en Personas Mayores [Internet]. Google Docs. [citado 20 de agosto de 2020]. En: https://drive.google.com/file/u/0/d/1Sw3RldOHVwMnMB_YA9GgzSiWC66bKj_l/view?usp=embed_facebook
9. Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases British Geriatrics Society En: <https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases>
10. COVID-19: Dementia and cognitive impairment British Geriatrics Society. En: <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-dementia-and-cognitive-impairment>
11. COVID-19: End of life care and dementia British Geriatrics En: <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-end-of-life-care-and-dementia>
12. De Biase S, Cook L, Skelton DA, Witham M, ten Hove R. The COVID-19 rehabilitation pandemic. *Age Ageing* En: <https://academic.oup.com/ageing/advancearticle/doi/10.1093/ageing/afaa118/5848215>
13. Figueroa RA, Marín H, González M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Rev Médica Chile*. febrero de 2010;138(2):143-51.
14. Girdhar R, Srivastava V, Sethi S. Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. 2020;4.
15. Helping Seniors Manage Loneliness and Anxiety during the COVID-19 Crisis Massachusetts General Hospital En: <https://www.massgeneral.org/news/coronavirus/helping-seniors-manage-loneliness-and-anxiety-during-covid-19>
16. Khan F, Amatya B. Medical Rehabilitation in Pandemics: Towards a New Perspective. *J Rehabil Med*. 14 de abril de 2020;52(4): jrm00043.
17. López-Ibor, J. (2004). ¿Qué son desastres y catástrofes? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1-16.
18. Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona.
19. Ministerio de Salud. (2012). Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Santiago.
20. Ministerio de Salud. (2012). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago.
21. Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Demencia. Santiago.
22. Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 En: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

23. Ministerio de Salud (2018). Modelo de Gestión Red temática de Salud Mental En: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
24. Ministerio de Salud. (2020). Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en el Contexto de Multimorbilidad. Santiago.
25. Ministerio de Salud. (2020). [www.deis.minsal.cl](http://deis.minsal.cl). Obtenido de Departamento de Estadística e Información de Salud: <http://deis.minsal.cl>
26. Negrini S, Ferriero G, Kiekens C, Boldrini P. Facing in real time the challenges of the COVID-19 epidemic for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. junio de 2020;56(3):313-5.
27. Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2020). Documento de resultados: Personas Mayores, Envejecimiento y Cuidados. Santiago.
28. OPS. (2020). ACAPEM. Acreditación Internacional de Competencias. 8 octubre 2020, de Campus Virtual de Salud Pública. En <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/acapem-b-atencion-de-salud-para-las-personas-mayores-acreditacion-internacional-de#:~:text=La%20Acreditaci%C3%B3n%20Internacional%20de%20Competencias,junto%20a%20otras%20Asociaciones%20e>
29. OMS (2001). Documentos básicos. Ginebra.
30. OMS (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra.
31. OMS(12dediciembrede2017).www.who.int/es. ObtenidodeOrganizaciónMundialdeSalud:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores#:~:text=Aunque%20la%20mayor%C3%ADa%20de%20las,la%20hipoacusia%20o%20la%20artrosis>.
32. ONU. (2009). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217.
33. ONU. (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.
34. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2017). Chile y sus Mayores. Resultados IV Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez. Santiago. En: http://adulatomayor.uc.cl/docs/Libro_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2016.pdf
35. SEGG - CUANDO-LA-CUARENTENA-TERMINE. SEGG pdf En: <https://www.segg.es/media/descargas/CUANDO-LA-CUARENTENA-TERMINE-SEGG.pdf>
36. Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). Dependencia en las Personas Mayores. Santiago.
37. Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2017). Quinta encuesta nacional de inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile: Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional. Santiago.
38. Servicio Nacional del Adulto Mayor. (9 de septiembre de 2020). SENAMA En: <http://www.senama.gob.cl/programas-y-beneficios>
39. UC - Caja Los Andes. (2017). Chile y sus Mayores. IV Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez. Santiago, Chile.
40. Wang Z, Wang Z, Sun R, Wang X, Gu S, Zhang X, et al. Timely rehabilitation for critical patients with COVID-19: another issue should not be ignored. Crit Care ;24. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264921/>
41. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang Y-T. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 1 de abril de 2020;7(4):e19.

ANEXOS

ANEXO N° 1

FOCUS GROUP SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

El análisis intenta describir y desarrollar una tipología de condiciones y actitudes sobre salud mental de las Personas Mayores (PM) en Chile. Este análisis se realiza en función de un material textual, el cual es resultado de una sistematización realizada a partir de una transcripción de dos focus group realizados en enero del año 2020. Ambos grupos tuvieron una participación de 11 Personas Mayores, y fueron moderados por profesionales del Ministerio de Salud y del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

Clasificación de las condiciones de salud mental obtenidas en los focus groups.

A continuación, se presenta un cuadro (Figura N°1) donde se identifican algunas condiciones de las cuales depende el logro de la salud mental como bien contingente.

Las condiciones pueden clasificarse en los niveles estructural e inmediato, donde en lo estructural podemos distinguir entre condiciones económicas y socio-culturales y de servicios socio-sanitarios, y en lo inmediato se puede distinguir entre lo individual o comunitario-familiar.

Es importante destacar que esta clasificación se realiza con fines analíticos, ya que muchos de los discursos de las PM denotan la condición multidimensional de la salud mental.

“entorno, el apoyo de las autoridades, el voluntariado que se puede realizar, alimentación, vestimenta, el acompañamiento, centros de apoyo, las redes sociales ayudan mucho, el estar informado de todos los beneficios que podemos tener” (persona mayor del focus)

“pérdidas de hijos o muerte de seres queridos, no tener plata, problemas de salud, falta de ánimo para poder salir adelante, la falta de afecto, en la calle nadie nos ve ni respeta” (persona mayor del focus)

Figura N° 1. Clasificación de condiciones para el logro de salud mental**Condiciones económico-socioculturales**

“Los factores económicos influyen mucho, las pensiones bajas”
 “No tener plata, problemas de salud”
 “Los estigmas asociados como: el hombre no puede llorar, así nos enseñaron en esas épocas, faltó que nos mostraran el lado más humano, sensible”
 “Las relaciones intergeneracionales permiten aprender, tener otra visión de la vida. Pero las personas jóvenes están más enfocadas en su mundo, en ser profesionales, viajar no quieren tener familias ni responsabilidades”
 “Las diferencias de género, al hombre le cuesta mucho salir adelante ante los problemas en cambio la mujer se las ingenia para lograrlo”.

Familiar-comunitario

“Muchas personas mayores toman, y ahí el apoyo de la familia también es clave”
 “Estar sola es difícil, pero el tener buena memoria ayuda en eso y los vecinos son un gran apoyo”
 “Los suicidios se deben mucho a no tener apoyo de las familias ni del entorno”
 “Historia de vida, el ser resiliente o no, el entorno, la familia”
 Los clubes de personas mayores son fundamentales, los barrios son fundamentales para el empoderamiento de las personas mayores

Estructural

“Existe poca difusión de los programas que existen, es clave estar informado”
 “El apoyo en traslados es muy importante para poder mantenerse en las actividades”
 “Todos los servicios para personas mayores son positivos para la salud mental. Entregan buena alimentación, acompañamiento, favorece la relación con los pares”
 “es muy buena la atención (Geriatrico), si bien la infraestructura no es linda, la atención es excelente. Lo malo es que hay pocos geriatras”
 “Falta claridad en cómo llegar a ser atendido en los centros de salud mental”
 “La demora en las horas es un gran problema en salud”

Inmediato

“Hay personas que les hace daño ver cosas violentas, yo les digo evite ver tv, no se exponga...proteger la salud mental es fundamental”
 “Influye mucho la actitud de la persona para tener buena salud mental, la historia de vida, la familia, el entorno”
 “No tener el ánimo necesario para poder salir de una situación”
 “Estar acompañado, pero sentirse solo”
 “La rutina monótona aburre, no ayuda a la salud mental. Si ayudan los paseos, la ocupación”
 “Ser activo, feliz, optimista y sin culpas”
 “Actividades, familia cercana, buena comunicación, entregar afecto, ocupar la mente”

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados obtenidos.

ANEXO N°2

PROGRAMAS Y COBERTURAS

Las siguientes tablas dan cuenta de los programas y coberturas alcanzadas por cada una de ellas.

Tabla N° 1: todas aquellas iniciativas, programas o servicios que contribuyen al fomento o promoción de la salud mental en las personas mayores. En este sentido, se incorporaron aquellas que propician la vinculación a redes, facilitan la realización de actividad física, recreativas y esparcimiento. Se agrega, además, en este listado, el examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM), dado que es la herramienta con la que se cuenta para orientar a la persona mayor a realizar acciones de prevención o podría permitir el diagnóstico temprano frente a trastornos mentales.

Nombre del Programa	Propósito del Programa	Cobertura Efectiva	% de cobertura en relación a la población potencial a atender
Apoyo integral al adulto mayor - Vínculos - Subsistema de Seguridades y Oportunidades	Aumentar la vinculación de los adultos mayores vulnerables con su entorno social, familiar y comunitario, permitiendo así, un envejecimiento activo.	23425	4,34%
Buen trato al adulto mayor	Personas Mayores superan situación de maltrato y/o abuso.	11901	1,61
Más adultos mayores autovalentes	Prolongar la autovalencia del adulto mayor de 65 y más años a través de una intervención promocional y preventiva.	143361	16,26%
Envejecimiento activo	Adultos mayores autovalentes participan de actividades que promuevan el envejecer activamente	33018	1,19%
Voluntariado país de mayores	Adultos Mayores jubilados/as o pensionados/as, que se encuentran inactivas (ni ocupadas ni desocupadas) ejercen labores sociales de voluntariado, aumentando su autoimagen y autovaloración.	237	0,05%

Turismo social para el adulto mayor	Personas adultas mayores cuentan con espacios de recreación y esparcimiento social.	6910	0,35%
Adulto mayor en movimiento.	Realización de actividad física para personas mayores.	20056	S/D
Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM)	Busca evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor; Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad y elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud		

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos desde: 1. Informe de Cierre 2019, Banco Integrado de Programas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. 2. Informe Instituto Nacional del Deporte.

Tabla N°2: Considera antecedentes de la oferta local que podría propiciar la promoción de la salud mental de las personas mayores.

Participación de Personas Mayores a nivel Comunal	Datos
Personas mayores que participan en organizaciones o grupos organizados	35,%
Personas mayores que participan en actividades de las municipalidades	No se cuenta con antecedentes
Nº de Municipalidades que cuentan con oficina Adulto Mayor	291 Municipios

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos desde: 1. Informe de Cierre 2019, Banco Integrado de Programas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. 2. Informe Instituto Nacional del Deporte.

Tabla N° 3: da cuenta de aquellos programas especializados en la atención de personas mayores en situación de dependencia. Considera el abordaje desde la funcionalidad, la que incluye la salud mental.

PROGRAMA	PROPÓSITO	COBERTURA EFECTIVA	% de cobertura en relación a la población que presenta el problema
Atención de personas en situación de dependencia severa³⁴	Otorgar a las personas con dependencia severa, cuidadores y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y autonomía.	55287³⁵	1,03%
Red local de apoyos y cuidados	Personas en situación de dependencia moderada o severa, mantienen y/o mejoran el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	2170	0,49%
Centros Diurnos para personas mayores	Adultos mayores con dependencia leve y moderada, y en situación de vulnerabilidad social conservan o mejoran su nivel de funcionalidad manteniéndose en su entorno familiar y social.	3332	2,38%
Cuidados Domiciliarios	Mujeres y hombres de 60 años y más, vulnerables socioeconómicamente, con dependencia moderada y severa y que no cuentan con un cuidador principal, ven facilitada la realización de sus actividades de la vida diaria	785	0,41%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos desde Informe de Cierre 2019, Banco Integrado de Programas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Informe División de Atención Primaria, MINSAL.

34- La población a atender en el programa corresponde a personas mayores de 18 años en situación de dependencia severa.
35-N° corresponde a información entregada por la DIVAP

Tabla N°4: Da cuenta de iniciativas o programas especializados en el abordaje de trastornos de Salud Mental y sus respectivas coberturas.

PROGRAMA	PROPÓSITO	COBERTURA	% de cobertura en relación a la población que presenta el problema
Centros de apoyo comunitario para personas con demencia.	Atenuar el impacto de la demencia en las personas adultas mayores de 60 años con demencia leve y moderada y su entorno, mediante el desarrollo de intervenciones con usuarios, cuidadores y red socio sanitaria.	3696	1,3%
Plan Nacional de Demencias	Mejorar la calidad de vida de personas con demencia y su cuidador/familiar, mediante el acceso a una atención socio sanitaria integral y continua.	11.263	3,08%
Unidades de Memoria	Atención de especialidad a personas con demencia.	2638	S/D
Atención Secundaria (Incluye COSAM)	Atención especializada en Salud Mental	713.495	4%
Programas que abordan el consumo problemático de alcohol y drogas (Residenciales - Ambulatorios)	Atención especializada en el consumo problemático de alcohol y drogas	S/D	S/D

ANEXO N° 3

REVISIÓN DE DOCUMENTOS EXISTENTES EN SALUD MENTAL

DOCUMENTO REVISADO	NODOS CRÍTICOS	OBSERVACIONES
GES Depresión	No se especifican estrategias para mejorar adherencia al tratamiento y prevención de recaídas en personas mayores, como se realiza con adolescente, embarazo y posparto.	<ul style="list-style-type: none"> - Agregar psicoterapias validadas en población de personas mayores. - Considerar herramientas de tamizaje para detección de depresión en personas mayores. - Incorporar aspectos clínicos propios del grupo poblacional. - Agregar dentro del manejo criterios de hospitalización en persona mayor.
GES Trastorno Afectivo Bipolar	No existe una sección dedicada a personas mayores como población especial.	Siguiendo ejemplo de guías como CANMAT se puede agregar un anexo de "poblaciones especiales" donde se agregue evidencia y guía sobre fármacos a usar en esta población y "banderas rojas" (efectos secundarios, interacciones frecuentes, cuidados ante comorbilidad médica).
GES Esquizofrenia	No se hace alusión a personas mayores (considerar que la presentación es en edades más tempranas y que el concepto de esquizofrenia de inicio tardío no está en sistemas categoriales (DSM V- CIE 11) y es controversial.	Solo considera recomendaciones a los siguientes grupos específicos: mujeres durante el embarazo y lactancia, personas con patología dual, personas con depresión y riesgo suicida.
Programa Nacional Prevención del Suicidio	Aunque en la página 27 del programa se indica que <i>"las tasas más altas de suicidio se encuentran en el grupo de PM"</i> , no existe ninguna meta o estrategia de prevención orientada a las PM. Por otro lado, hay acciones para reducir la tasa de suicidio en los NNA, como programas preventivos en establecimientos educacionales.	<p>Se deben considerar las particularidades de las personas mayores en el plan, focalizando acciones en las personas de mayor edad.</p> <p>El enfoque de género debe tener especial énfasis, dado que hay diferencias significativas entre hombres y mujeres frente a los datos de suicidio</p>

Programa más adultos mayores autovalentes	Si bien es exclusivo para personas mayores, no considera explícitamente como foco de trabajo la salud mental.	Dado el impacto y cobertura del programa, se sugiere incluir explícitamente el foco en salud mental o visibilizar el impacto que las acciones del programa tienen sobre la salud mental de los usuarios.
PACAM	El PACAM cuenta con nodos críticos que se encuentran en reformulación. Al respecto, se sugiere especificar: 1. ¿Se realizará entrega a domicilio? 2. ¿Se desarrollará una estrategia comunicacional asociada a los beneficios que tiene para la salud mental la alimentación?	Considerar como buenas prácticas las acciones ya realizadas a través de atención preferente en salud. Ejemplo, entrega directa de PACAM en residencias u orientación de su uso en centros diurnos.
Programas de SEMANA	Deben incorporar en sus diseños la prevención y promoción de la salud mental en personas mayores de manera explícita.	Se estable su incorporación desde las guías técnicas de los programas.
Estudio Nacional de Drogas y Alcohol en Chile	Contempla mediciones en población hasta los 64 años.	Considerar a las personas mayores en el estudio.

ANEXO N° 4.

INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL DE PERSONAS MAYORES.

El presente documento da cuenta del desarrollo de las 3 líneas de análisis desarrolladas por el grupo de Investigación. La primera línea consta de una descripción de la investigación a nivel nacional e internacional, realizada a partir de una metodología cuantitativa que utiliza principalmente estadística descriptiva. Esta descripción tuvo recursos una base de datos realizada por los diferentes participantes del grupo. La segunda línea se trata de una revisión sistemática realizada a partir de bases de datos de publicaciones científicas en salud según términos de búsqueda. Mientras que la tercera línea se trata de una revisión de palabras clave contenidas en resúmenes de publicaciones científicas sobre personas mayores en un período de tiempo determinado, esto mediante el uso del software Vosviewer ®.

Línea 1: análisis descriptivo a partir de literatura científica sobre Salud Mental en Personas mayores para documento mesa Saludablemente.

A continuación, se presenta un apartado descriptivo de la bibliografía recopilada sobre Salud Mental en Personas Mayores, abordando particularmente los impactos de la Pandemia por SARS- CoV2.

La documentación incluye papers, artículos y estudios colaborativos, entre otros formatos, de los últimos 10 años, aportados por los integrantes del Sub-grupo de Investigación. La mayoría de los textos se rescataron desde repositorios institucionales y revistas indexadas.

Las categorías de Disciplinas y Especialidades o Ramas fueron sistematizadas a partir de la Clasificación por Disciplinas Científicas y Tecnológicas de CONICYT.

La asignación a una u otra categoría se realizó en función del objetivo y el método de la investigación. En este sentido, ocurre en muchos casos que el método de un estudio puede tener su origen en la psicología, por ejemplo, como un estudio de test psicométrico, pero su usabilidad está orientada a la salud pública. Para determinar la pertenencia disciplinaria se abordó cada documento en sus particularidades, además se consideró en la asignación el contar con la mayor cantidad posible de disciplinas.

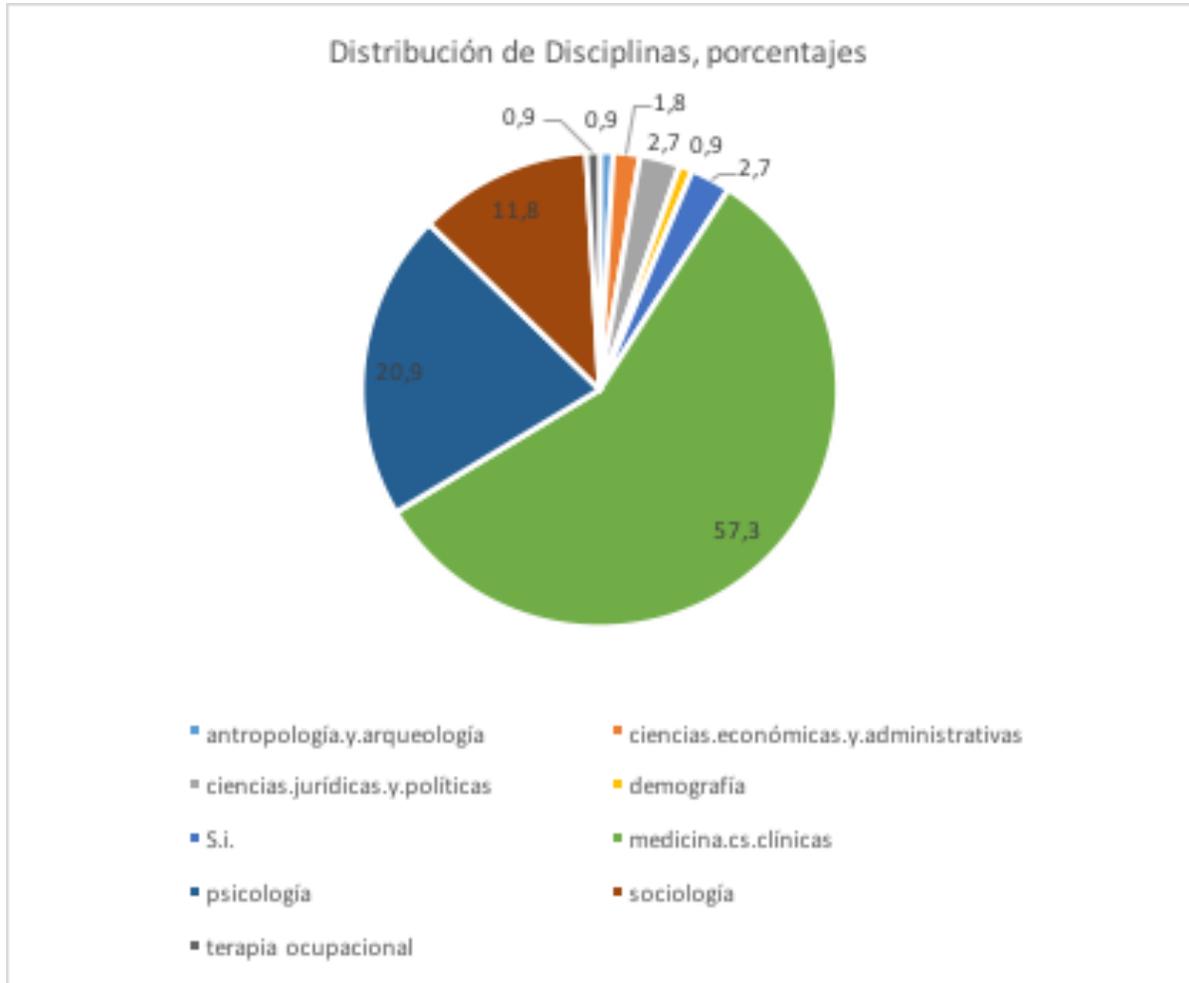
Se recogieron en total 112 documentos referentes a investigación sobre la salud mental de las Personas Mayores, la gran mayoría de otros países. De éstos, 27 hacen referencia a Covid 19 en particular.

A continuación, se presentan algunos descriptores relevantes del conocimiento recopilado.

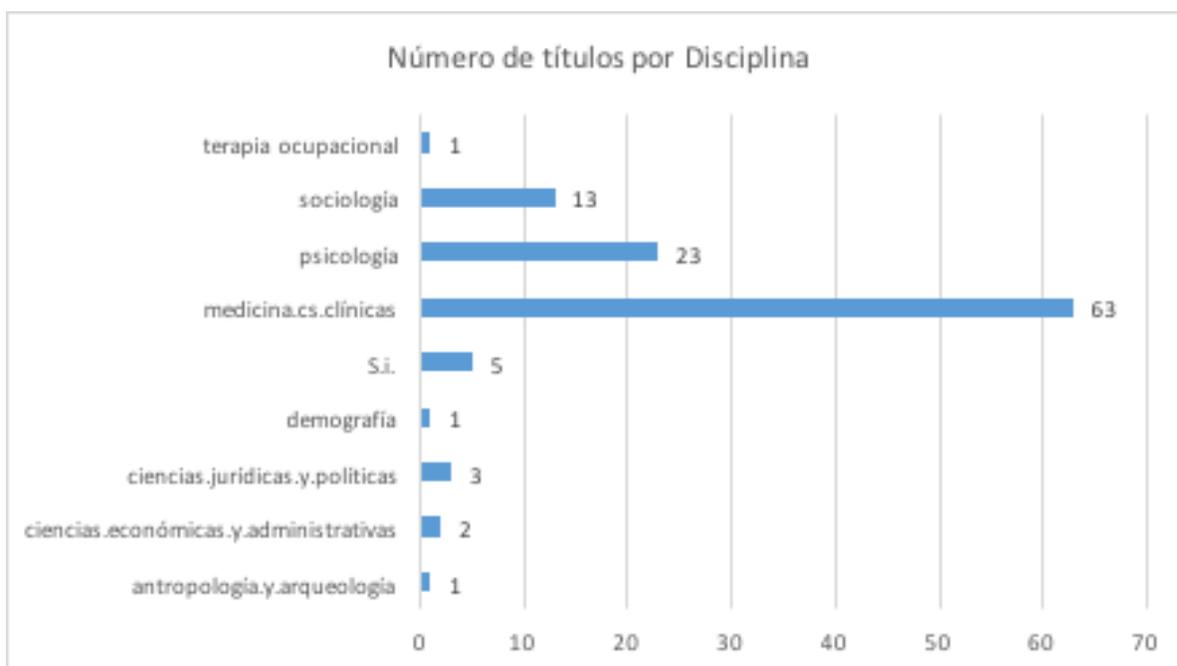
a) Bibliografía General sobre Salud Mental en Personas Mayores

Como se Observa en el gráfico siguiente, la mayor proporción de documentos queda bajo la Categoría Medicina/Ciencias Clínicas con un 57,3%. Le sigue psicología con 20,9% y sociología con 11,8%. De esta manera, entre estas 3 disciplinas, se observa un cierto equilibrio entre Ciencias asociadas a la Medicina y las Ciencias Sociales, aglutinando éstas últimas un 32.7 y un 35,5 si se suma antropología, terapia ocupacional y demografía.

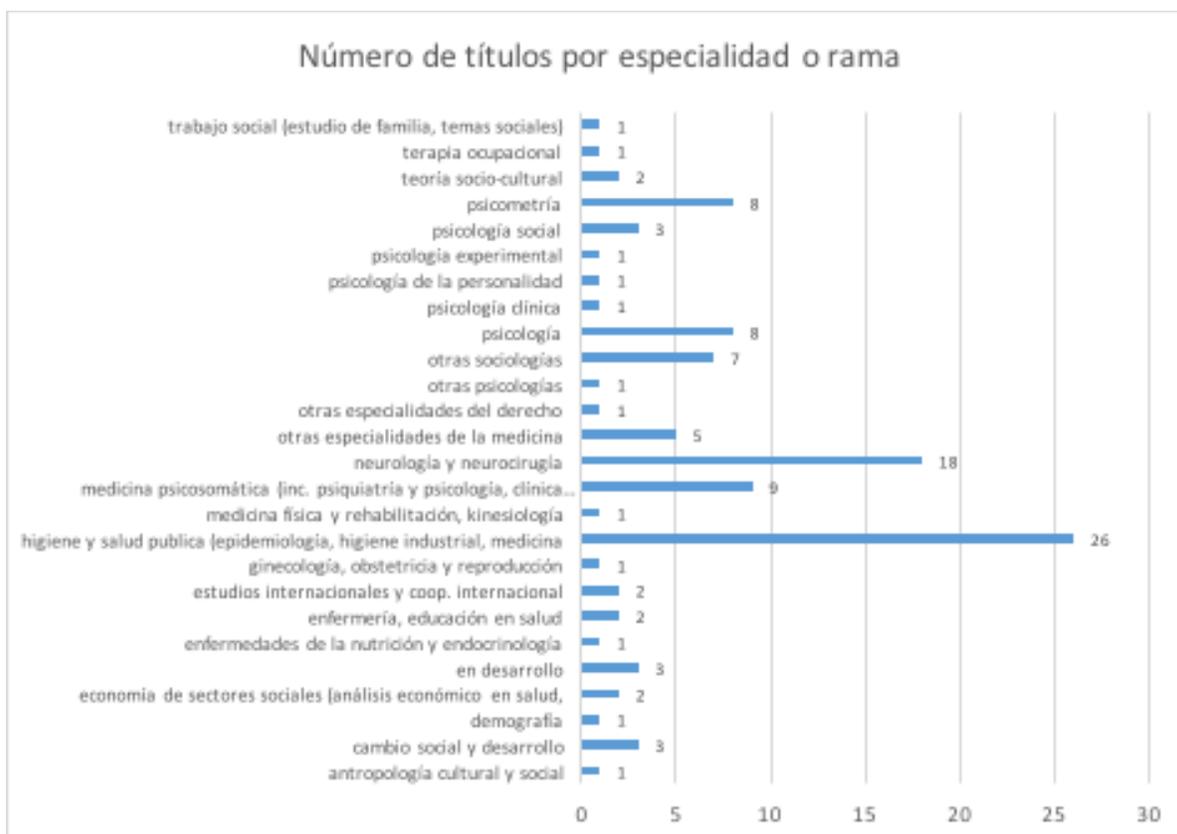
Este equilibrio disciplinario es mayor al que cabría esperar en relación al ámbito de la salud mental, el que tradicionalmente ha contado con predominio amplio de las ciencias médicas. De esta forma es posible anticipar que la investigación se está abordando de manera multidisciplinaria e integral.



El gráfico siguiente da cuenta del número de títulos por disciplina, considerando los 112 documentos recopilados.



En cuanto a las especialidades o ramas, que derivan de las distintas disciplinas, se observa lo siguiente:



Se cuentan 26 especialidades o ramas diferentes desde las cuales se ha abordado en los últimos años la investigación en Salud Mental en Personas Mayores.

La mayor cantidad se observa en “Higiene y Salud Pública” con papers e investigaciones que abordan la salud mental desde una perspectiva de impacto en la política sanitaria y en las condiciones de salud general de la población de mayores.

Le sigue “Neurología y Neurocirugía”, la que en general aborda la aplicación de test de tamizaje y pruebas para determinar o valorar demencia. Además destacan pruebas clínicas y metodologías exploratorias para bio marcadores de demencia y deterioro cognitivo.

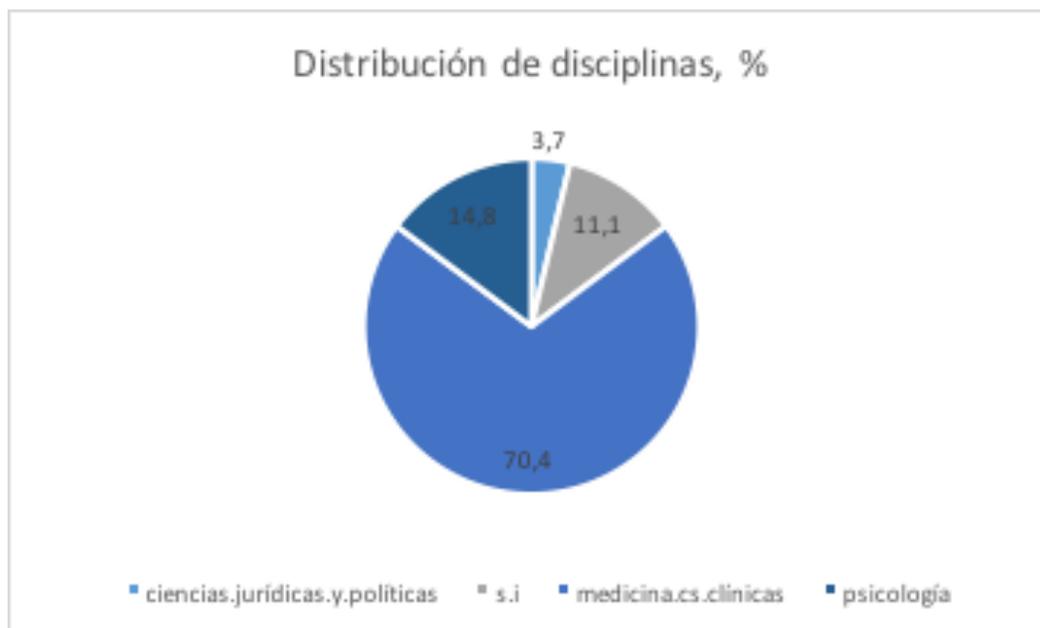
Las ciencias sociales por su parte, incluyendo la psicología, la sociología y otras disciplinas, se han abocado en buena parte a analizar la dimensión de los cuidados a las personas mayores con mermas en la salud mental, sobrecarga, interacciones en el ámbito de los cuidados y apoyo social percibido. Además, destaca la aplicación de instrumentos de medición de autopercepción del bienestar de personas mayores con demencia, incluyendo el bienestar psicológico y también investigaciones abocadas a la salud psíquica, aplicando instrumentos para medir depresión.

Es de destacar algunos estudios sociológicos y antropológicos abocados a la construcción social de la salud mental en las personas mayores y al imaginario social de la vejez asociada a las demencias.

b) Bibliografía sobre Salud Mental en Personas Mayores y Covid 19.

A continuación, se presentan algunos descriptores relevantes respecto al impacto de Covid 19 y de las medidas sanitarias que han implementado los países sobre la salud mental de las personas mayores.

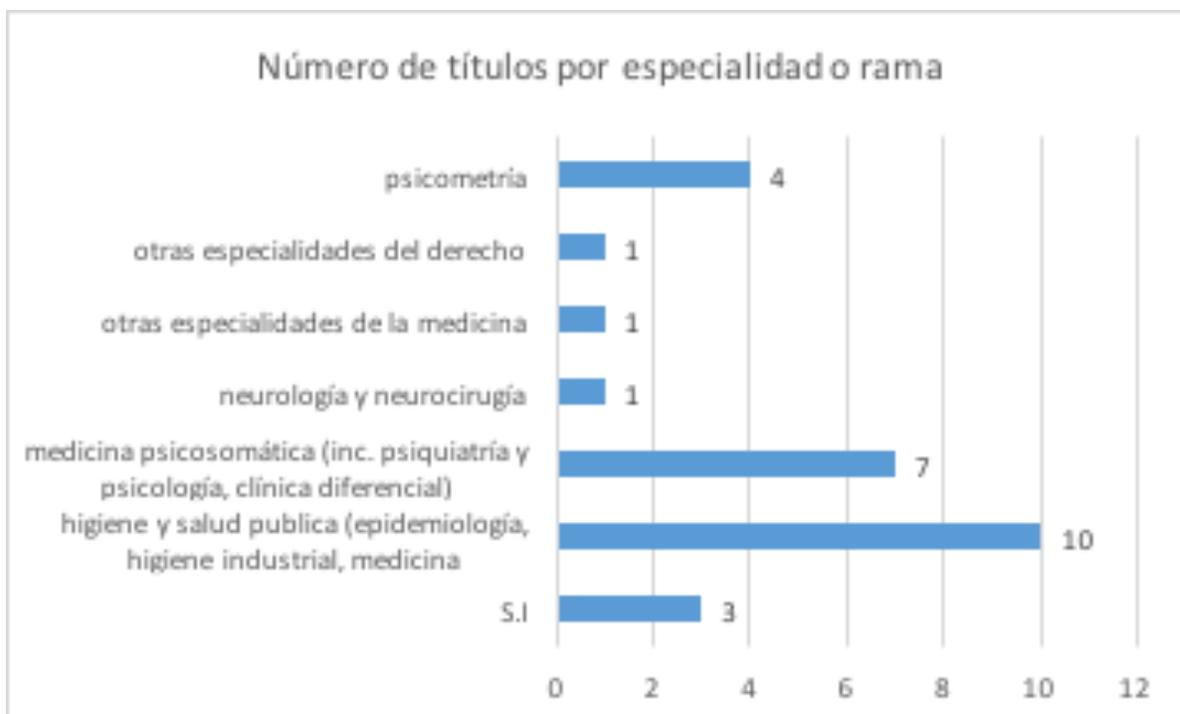
Como ya se ha señalado, los integrantes del sub-grupo de investigación entregaron 27 referencias bibliográficas sobre esta temática en particular. En el gráfico siguiente se observa la distribución porcentual de las disciplinas encontradas.



La categoría de disciplinas de “medicina/ciencias clínicas” es la que presenta la mayor proporción de título de investigaciones, llegando a un 70,4%. Le sigue la psicología con 14,8%. Existen investigaciones que, por estar en curso, no cuentan con esta información.



En el siguiente gráfico se presentan las especialidades o ramas de investigación que han abordado la salud mental de las personas mayores en contexto de pandemia por Covid 19.



Como se puede observar, la mayor cantidad de investigaciones y artículos (10) quedan en la categoría “higiene y salud pública”, seguido de “medicina psicosomática” que aglutina la psiquiatría y la psicología clínica con 7 títulos. La psicometría aglutina 4 documentos.

En general, las investigaciones, desde su propia óptica disciplinaria y especialidad, se abocan a analizar las consecuencias de las medidas sanitarias en la salud mental de las personas mayores, así como también los impactos del miedo al contagio y el estrés por el contexto de incertidumbre.

Línea 2: revisión sistemática en personas mayores y salud mental. Recomendaciones sobre abordaje de la salud mental de personas mayores en contexto de pandemia

Antecedentes

Este informe tiene por objetivo identificar en la literatura científica internacional y nacional, recomendaciones para abordar la salud mental de las personas mayores en el contexto de pandemia. Tanto la literatura identificada como las recomendaciones se pueden encontrar sistematizadas en la tabla 2, luego de la cual se presentan algunos desafíos de elaboración de información a partir de los aspectos menos cubiertos de acuerdo a los resultados de la búsqueda realizada.

Material y método

El informe se realizó mediante la revisión sistemática, la cual tuvo por propósito identificar textos en formato de artículo científico, carta, documento de trabajo o revisión sistemática que aborden la salud mental de personas mayores en contexto pandemia. Se buscó en bases de datos como Pubmed y Cochrane según los términos de búsqueda “Elderly” y “Mental health” y “Covid-19”. Además se buscó material publicado por organizaciones científicas de geriatría y gerontología a nivel internacional.

Los textos identificados se presentan de forma sistematizada en la tabla 2. Los textos identificados pueden eventualmente ordenarse de acuerdo a los niveles de intervención establecidos en el Modelo de Apoyo Psicológico en Desastres (6), el cual distingue intensidad y recursos de intervención según niveles de atención, los cuales son: Difusión, Apoyo Social, Manejo médico general, Manejo psiquiátrico general y Manejo psiquiátrico por expertos. Los objetivos de cada nivel pueden hallarse en la tabla 1.

Tabla 1. Niveles de atención del modelo de atención psicológica en desastres

NIVEL	OBJETIVO
Difusión	Mejorar la cobertura de los contenidos Psicoeducar Disminuir la incertidumbre
Apoyo Social	Facilitar la recuperación espontánea y resiliencia Identificar y derivar a los afectados con emergencias psiquiátricas o en riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico
Manejo médico general	Estabilizar los síntomas Efectuar el diagnóstico psiquiátrico Derivar al manejo psiquiátrico
Manejo psiquiátrico general	Tratar los trastornos psiquiátricos establecidos
Manejo psiquiátrico por expertos	Tratar a los pacientes refractarios

Resultados

La tabla 2 permite observar literatura científica a nivel nacional e internacional sobre salud mental de personas mayores en el contexto de pandemia por virus SARS-CoV-2, con las respectivas recomendaciones realizadas según nivel de atención.

Tabla 2. Recomendaciones para abordaje de salud mental de personas mayores en contexto pandemia

TEXTO	RESULTADOS	RECOMENDACIONES
Girdhar R, Srivastava V, Sethi S. Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. 2020; 4. (7)	Producto de la pandemia y el aislamiento social al que se deben someter las personas mayores, éstas pueden ver exacerbadas fobias, miedos, desórdenes de ansiedad o desorden obsesivo compulsivo. Lo anterior puede provocar en este grupo etario el aumento de cuadros de estrés postraumático	A modo de aminorar el impacto del aislamiento social que han vivido las PM, Girdhar plantea que es necesario mantener terapias psicológicas, provisión de cuidado y apoyo social, además de desarrollar habilidades para el uso del tiempo libre.
Helping Seniors Manage Loneliness and Anxiety during the COVID-19 Crisis [Internet]. Massachusetts General Hospital. [citado 17 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.massgeneral.org/news/coronavirus/helping-seniors-manage-loneliness-and-anxiety-during-covid-19 (8)	Si bien las personas mayores enfrentan el Covid-19 desde diferentes condiciones de salud y financieras, todos comparten el estar atravesando un período de mayor aislamiento social. Las personas que ya debían lidiar con cuadros de ansiedad, luego de la pandemia pueden escalar su condición hacia pensamiento catastrófico y cuadros de angustia	Russell propone preguntar permanentemente a las PM sobre el apetito, calidad del sueño y estado de humor como banderas rojas para alertar sobre situaciones preocupantes de salud mental. Asimismo plantea mantener formas creativas de conectarse con ellos mientras se mantienen algunos niveles de distanciamiento físico, tales como eventos familiares vía Zoom con las familias. Realizar algunos actos espontáneos de amabilidad es algo que también ayuda a mitigar los efectos del aislamiento, tales como pedir vía delivery alguna golosina o algún alimento que a la persona le apetezca. Russell destaca la importancia de la tecnología para lograr la conectividad social de las PM, y menciona un foro virtual que permite conectar pacientes, artistas y expertos médicos para hablar temas relacionados con el Covid-19.
Banerjee D. The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. International Journal of Geriatric Psychiatry [Internet]. [citado 17 de julio de 2020];n/a(n/a). Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.5320 (9)	Las personas mayores son especialmente afectadas en el contexto de la pandemia debido a su mayor vulnerabilidad bio-psicosocial. El distanciamiento social, aunque es una de las principales estrategias para disminuir la transmisión de la infección, es también causa de soledad, particularmente para personas mayores institucionalizadas, transformándose en un factor de riesgo de depresión, desórdenes de ansiedad y suicidio.	Propone continuar explicando a las personas mayores las precauciones permanentes sobre el autocuidado, de una manera simple, evitando el uso de aparatos tecnológicos con los cuales algunos puedan sentirse incómodos; sin embargo quienes deseen aprender el uso de dispositivos, dar las facilidades a través de los Municipios o de los Clubes de PM en horarios establecidos. Asimismo, se hace necesario mantener sesiones regulares de apoyo vía telefónica, contacto saludable con la familia, entrega de información relevante y actualizada, cuidado por las necesidades médicas y psicológicas, además de respetar el espacio personal y la dignidad de las personas mayores.
Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet Public Health. mayo de 2020;5(5):e256. (10)	En aquellas personas mayores con deterioro cognitivo y que padecen de problemas como irritabilidad, o síntomas psicóticos, el contexto de la pandemia puede provocar pánico y hacer difícil que cumplan las precauciones sobre distanciamiento e higiene de manos. Además, el exceso de información puede generar paranoia y desconfianza sobre sus	Proponen aprovechar la tecnología para proveer apoyo social y dar a las PM un sentido de pertenencia. Las intervenciones deberían involucrar mayor frecuencia en los llamados telefónicos con personas significativas, familia cercana y amigos, además de organizaciones voluntarias y profesionales de la salud. Junto a lo anterior, las terapia cognitiva conductual podría ser también entregada vía online, aminorando la soledad y mejorando el bienestar social.

	<p>cuidados de salud, lo cual puede conducir a evitar la cuarentena con las consecuencias que esto provoca en la salud pública. Nellums y Armitage plantean que el aislamiento social de las personas mayores se trata de un asunto importante de salud pública, esto a causa del riesgo cardiovascular, autoinmune y neurocognitivo.</p>	
<p>Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang Y-T. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. <i>Lancet Psychiatry</i>. 1 de abril de 2020;7(4):e19. (11)</p>	<p>Los adultos mayores tienen un acceso limitado a los servicios de Internet y teléfonos inteligentes y, como tal, solo una pequeña fracción de los adultos mayores puede beneficiarse de dicha prestación de servicios. Además, en la mayoría de las áreas de China, los adultos mayores clínicamente estables con trastornos psiquiátricos o sus tutores generalmente deben visitar las clínicas psiquiátricas para pacientes ambulatorios mensualmente para obtener los medicamentos de mantenimiento. Las cuarentenas masivas y las restricciones al transporte público actuales se han convertido inevitablemente en una barrera importante para acceder a los tratamientos de mantenimiento para este grupo.</p>	<p>El brote de COVID-19 ha planteado grandes desafíos para los servicios de salud mental para adultos mayores de la comunidad. Parece que se presta una atención insuficiente e inadecuada a esta población vulnerable en los servicios psicológicos de crisis recientemente establecidos en China. Las partes interesadas y los formuladores de políticas de salud deben colaborar para resolver esta barrera a fin de brindar servicios psicológicos de crisis oportunos y de alta calidad a los adultos mayores que viven en la comunidad.</p>
<p>Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. <i>Am J Geriatr Psychiatry</i>. julio de 2020;28(7):712-21. (12)</p>	<p>Durante tiempos normales, las personas con enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas (ADRD) se encuentran entre las personas más vulnerables de la sociedad, dependiendo de la familia o cuidadores profesionales para su supervivencia diaria. Esta pandemia exagera aún más su vulnerabilidad, debido tanto a la morbilidad y mortalidad por COVID-19 como a los efectos</p>	<p>Como ocurre con cualquier desastre, las personas con ADRD y sus familias deben hacer planes de contingencia para la prestación de servicios esenciales. La conciencia de las familias y los cuidadores de los posibles riesgos y trastornos descritos anteriormente para los pacientes con ADRD que viven en la comunidad puede ayudar a mitigar su impacto. Las posibles estrategias de mitigación incluyen un mayor apoyo en forma de</p>

	<p>indirectos de la pandemia en los apoyos sociales y el sistema de salud del que dependen.</p> <p>La comprensión y la apreciación del impacto actual y potencial de la pandemia en las personas con ADRD puede ayudar en su atención. Estas consideraciones también pueden influir en las decisiones de los cuidadores, profesionales de la salud, instituciones y formuladores de política</p>	<p>contacto más frecuente por teléfono o chat de video, resolución de problemas para mantener el parto y los servicios de los cuidadores, planificar una posible interrupción o mudarse temporalmente a un lugar donde se pueda proporcionar el apoyo necesario. Paradójicamente, algunas familias pueden brindar apoyo temporal en el hogar porque no pueden trabajar debido a los encierros u otras restricciones.</p> <p>La crisis de COVID-19 puede acelerar el desarrollo de intervenciones no farmacológicas que se pueden administrar en el hogar de los participantes, por ejemplo, entrenamiento cognitivo o ejercicio físico en el hogar, o que utilizan pequeños dispositivos portátiles que pueden usarse fácilmente en hogares privados, por ejemplo, estimulación transcraneal de corriente continua y dispositivos similares.</p> <p>En muchas jurisdicciones, los médicos ambulatorios han pasado a brindar atención virtual, completando evaluaciones y seguimientos por teléfono o videoconferencia. Estas modalidades pueden no ser adecuadas para realizar los exámenes físicos y neurológicos o algunas de las pruebas cognitivas requeridas al diagnosticar DCL o demencia o monitorear su progresión. En algunos casos, puede ser posible proporcionar una visita inicial en persona y seguimientos de forma remota. De lo contrario, es posible que sea necesario aplazar o limitar el diagnóstico y la atención.</p>
<p>Banerjee D. 'Age and ageism in COVID-19': Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. <i>Asian J Psychiatry</i>. junio de 2020;51:102154. (13)</p>	<p>La mayor parte de la 'sobrecarga de información' que esencialmente ha convertido a COVID-19 en una 'infodemia' digital puede ser extremadamente contraproducente,</p>	<p>Asegurar las adecuadas medidas de precaución en tres frentes sugeridas por la OMS (distanciamiento social, higiene de manos y respiratoria). Es necesario que se les explique lo necesario en términos simples y relevantes. La seguridad es el primer paso para garantizar la paz mental y la calidad de vida.</p>

	<p>especialmente para quienes se quedan solos, aumento de la ansiedad por la salud, somatización, aprensión y miedo. Los efectos de la cuarentena pueden ser primordiales y provocar soledad, distanciamiento físico de sus seres queridos, dolor, ansiedad y estrés crónico que pueden tener efectos psicológicos duraderos. La investigación preliminar hasta ahora ha demostrado una mayor incidencia de trastornos depresivos, estrés postraumático complejo (TEPT) y reacciones de adaptación en los anciano</p>	<p>La conexión social con sus seres queridos es esencial junto con la integración social. Deben participar en la toma de decisiones a nivel familiar, durante tiempos de tal crisis. Brindar el apoyo emocional adecuado es vital para quienes viven solos. Garantizar sus necesidades básicas, seguridad y dignidad les ayudará a mantenerse libres de estrés y luchar contra la soledad, más aún en situaciones de encierro. Sus dudas deben abordarse periódicamente para aliviar la ansiedad relacionada con la pandemia. Las asociaciones público-privadas pueden ayudar a aumentar su acceso a los requisitos básicos durante el cierre. Las instalaciones a distancia para consultas de atención médica son mejores que el acceso físico. Eso disminuye los riesgos para la salud física y reduce el miedo. Es mejor evitar todas las cirugías electivas (como hernias, cataratas, reemplazo de rodilla, etc.).</p> <p>El 'tiempo de pantalla digital' se reduce mejor, más aún para las personas mayores para evitar información errónea y pánico. Necesitan estar actualizados sobre la situación del COVID-19 y las medidas necesarias de manera relevante. Es mejor evitar los datos vívidos y las estadísticas innecesarias.</p> <p>Aquellos en guarderías o residencias de ancianos pueden necesitar cuidados especiales. Prevenir el hacinamiento, fomentar la actividad física, mejorar el apoyo familiar y garantizar la nutrición son vitales para su bienestar general. El abuso puede aumentar en tales situaciones y es necesario prevenirlo e identificarlo lo antes posible. La identificación y prevención del abuso necesitan sensibilización entre la población en general y los médicos por igual y, lamentablemente, a menudo se pasa por alto entre otras prioridades durante una pandemia. La automedicación puede ser fatal (especialmente con medicamentos como la hidroxiclороquina) y debe evitarse a toda costa.</p>
--	---	--

		<p>El asesoramiento profesional es obligatorio antes de volver a surtir una receta.</p> <p>Existen varias líneas de ayuda para personas mayores específicas de varios países, tanto para asesoramiento telefónico como para alimentos o entregas esenciales en el hogar. Deben ser conscientes de lo mismo y se debe alentar activamente la búsqueda de atención de salud mental, si la necesitan. Las personas mayores pueden tener requisitos únicos en términos de manejo de tecnología, comunicación y accesibilidad que deben tenerse en cuenta al diseñar las líneas de ayuda digitales y las teleconsultas.</p> <p>Las familias y los cuidadores deben ser sensibles a las crecientes necesidades de las personas con trastornos preexistentes como demencia, depresión y otros trastornos neurológicos. La prevención del suicidio mediante un enfoque de “conciencia de guardia” debe ser la máxima prioridad. Se debe preservar la autonomía, el respeto y la dignidad de la población geriátrica, especialmente durante la situación de COVID-19 en cuarentena. Cuidarlos es importante, pero lo más importante es su participación activa en la toma de decisiones.</p>
Documentos de trabajo		
Texto	Recomendaciones	
<p>Cuando la cuarentena termine (14)</p>	<p>Cuando el estado de alarma desaparezca y se establezcan nuevas pautas para salir del domicilio, no debemos pensar que la enfermedad del COVID ha desaparecido, ni debemos olvidar su alta letalidad, por lo tanto, es de entender que el abandono de esta sea progresivo, siguiendo las normas que nos vayan indicando para mantener nuestra seguridad y evitar nuevos contagios.</p> <p>La falta de agilidad mental también es una posibilidad, ya que después de tantos días en casa, sin la interacción social que teníamos habitualmente que es tan beneficiosa para mantener un cerebro sano, puede que nos sintamos un poco “oxidados”. Los ejercicios para la memoria que podemos encontrar en talleres tanto gratuitos como de entidades privadas, nos servirán para reforzar nuestras conexiones neuronales y sentirnos más activos, así como la vuelta a la rutina y el encuentro continuado con nuestros familiares y amigos.</p> <p>La salida del periodo de alarma puede significar la vuelta o ingreso en un Centro gerontológico Antes de tomar este paso, medita sobre el</p>	

	<p>ingreso y pregúntale a la persona mayor, aunque tenga deterioro cognitivo, sobre sus propios deseos, ya que podrían haber cambiado durante el periodo de aislamiento.</p> <p>Infórmate sobre los cambios que han ocurrido en las rutinas del Centro, sobre la disposición en la que se organizarán de los residentes durante la rutina diaria, así como durante las horas de descanso, y también sobre el cumplimiento de las medidas preventivas sanitarias.</p>
<p>COVID-19: End of life care and dementia (15)</p>	<p>Si bien dos tercios de las personas con demencia han recibido un diagnóstico formal, a veces no siempre se registra con precisión, sería importante establecer si una persona tiene un diagnóstico de demencia al hablar sobre cuestiones de cuidado final de la vida.</p> <p>La planificación anticipada de la atención (ACP) ayudará a identificar los deseos y preferencias de las personas con demencia – comprobar si la persona con demencia tiene un ACP o un poder de salud y bienestar de abogado. Covid-19 puede infectar a una persona con demencia que está en forma y bien, así como a alguien que puede ser frágil y en la etapa más avanzada de la demencia – las conversaciones sobre el cuidado del final de la vida deben adaptarse para reflejar las expectativas en estas dos situaciones y las medidas de confort paliativo ofrecidas</p> <p>Cuando una persona con demencia muere en un hogar de cuidado (seis de cada diez personas con demencia lo hacen), no poder estar con un ser querido al final de su vida puede ser particularmente angustioso para las familias.</p> <p>Si una persona con demencia y COVID-19 está muriendo de manera inminente y tiene síntomas como dificultad para respirar o delirio grave⁴ que son difíciles de manejar, se debe buscar apoyo y asesoramiento especializado en cuidados paliativos. A menudo hay preocupación de los médicos sobre la capacidad mental de las personas con demencia, particularmente como muchos estarán en las etapas graves de la enfermedad donde puede verse afectada – hay una amplia orientación sobre la evaluación de la capacidad y el cumplimiento de la orientación legal para actuar en el mejor interés de la persona</p>
<p>COVID-19: Demencia y deterioro cognitivo (16)</p>	<p>Las personas con demencia son mucho más propensas a desarrollar delirio (un estado de confusión) si desarrollan una infección; saber que una persona puede tener demencia alertará al personal sobre este mayor riesgo. Ir al hospital es lo suficientemente aterrador, especialmente para alguien con demencia: el personal involucrado en la detección y el tratamiento debe saber si una persona tiene demencia y estar preparado para tomarse más tiempo mientras la evalúa y la trata. Es importante evitar ingresos hospitalarios innecesarios.</p> <p>Algunas personas con demencia pueden tener dificultades para comprender instrucciones complejas sobre el autoaislamiento o el lavado de manos; mantener la información accesible y repetible es clave.</p>

	<p>Las personas con demencia pueden no ser conscientes de los síntomas y ser menos capaces de informarlos debido a las dificultades de comunicación; las personas deben estar alerta a la presencia de signos y síntomas del virus (“mirar más allá de las palabras”).</p> <p>Las personas con demencia pueden tener dificultades para tragar, lo que podría aumentar el riesgo de desarrollar infecciones en el pecho y deshidratación; una evaluación para tragar puede ser útil.</p>
<p>Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases (17)</p>	<p>Implementación mejorada del cribado del delirio en grupos de riesgo y también evaluación regular del delirio utilizando una herramienta recomendada. Esto puede verse cada vez más limitado por el personal y las limitaciones de tiempo.</p> <p>Reducir el riesgo de delirio evitando o reduciendo los precipitantes conocidos. Las acciones incluyen: orientación regular, evitar el estreñimiento, tratar el dolor, identificación y tratamiento precoz de las infecciones sobreañadidas, mantener la oxigenación, evitar la retención urinaria y revisión de medicamentos.</p> <p>Con respecto a las alteraciones del comportamiento, siempre busque y trate las causas directas, incluido el dolor, la retención urinaria, el estreñimiento, etc. Cuando estas intervenciones sean ineficaces o se requiera un control más rápido para reducir el riesgo de daño al paciente y a otros, puede ser necesario pasar al tratamiento farmacológico antes de lo que normalmente se consideraría.</p> <p>Si los pacientes son tratados con las intervenciones de tranquilización rápida, controle los efectos secundarios, los signos vitales, el nivel de hidratación y la conciencia al menos cada hora hasta que no haya más preocupaciones sobre la salud física de la persona. Tenga en cuenta el uso de benzodiazepinas con depresión respiratoria. En los adultos mayores, tenga en cuenta que la dosis máxima de haloperidol del Formulario Nacional Británico es de 5 mg en 24 horas, pero sugerimos un enfoque más conservador con un máximo de 2 mg en 24 horas en primera instancia. Cuando se requieran dosis más altas, consulte con un especialista. Tenga en cuenta la orientación habitual de precaución con el uso de medicamentos en personas mayores, y especialmente ciertos medicamentos en personas con enfermedad de Parkinson o demencia con cuerpos de Lewy (por ejemplo, medicamentos antipsicóticos)</p> <p>El delirio puede causar una angustia considerable tanto al personal como a las familias, además del paciente. El suministro de información sobre el delirio es importante utilizando los recursos disponibles localmente.</p>

Línea 3: La investigación desde salud sobre personas mayores y salud mental

Antecedentes

Este apartado contribuye al propósito del grupo mediante una metodología particular, cual es la de revisión de la literatura científica a través de palabras contenida en los resúmenes de publicaciones científicas publicadas en la base de datos Pubmed. El objetivo de este análisis es identificar clusters o grupos de temas de investigación en salud mental de personas mayores y su evolución temporal.

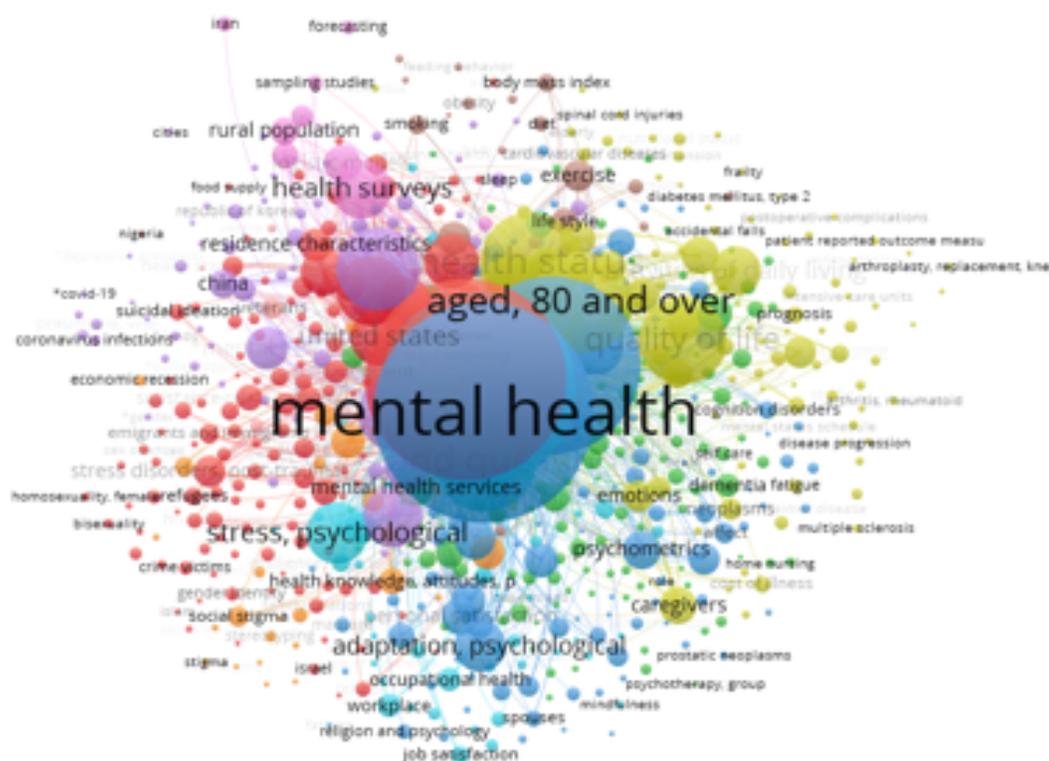
Método y materiales

El diseño de este estudio es de tipo observacional longitudinal. La muestra de observación está compuesta por *abstracts* o resúmenes de publicaciones científicas publicadas en la base de datos Pubmed. El período de tiempo considerado para las publicaciones es desde 1946 a 2020. La búsqueda de publicaciones desde las cuales se extrajo los abstracts se realizó mediante los términos de búsqueda: "Elderly" OR "Older people" AND "Mental Health". La metodología de análisis es de identificación de co-ocurrencias de palabras contenidas en los abstracts de las investigaciones, identificación que permite un análisis de clusters o grupos de palabras, además de su evolución histórica. El análisis se realizó mediante el software VosViewer®. Las palabras consideradas en el análisis son aquellas que presentaron más de 30 co-ocurrencias.

Resultados

La figura 1 presenta todos aquellos términos asociados con los términos de búsqueda personas mayores y salud mental. En la figura es posible apreciar esferas de distintos tamaños, lo cual dice relación con aquellos términos o palabras que presentan mayor cantidad de co-ocurrencias, que es otra forma de observar las palabras más frecuentes, pero esta vez observando su relación con otras palabras. En mayor tamaño se observan a simple vista los términos "servicios de salud mental", "evaluación de salud", "estrés psicológico", "adaptación psicológica", entre otros. En esta primera figura aparecen todos los términos mezclados, lo cual hace un poco más difícil la interpretación de tendencias.

Figura 1: términos asociados a salud mental de personas mayores



Fuente: Elaboración propia mediante Vosviewer

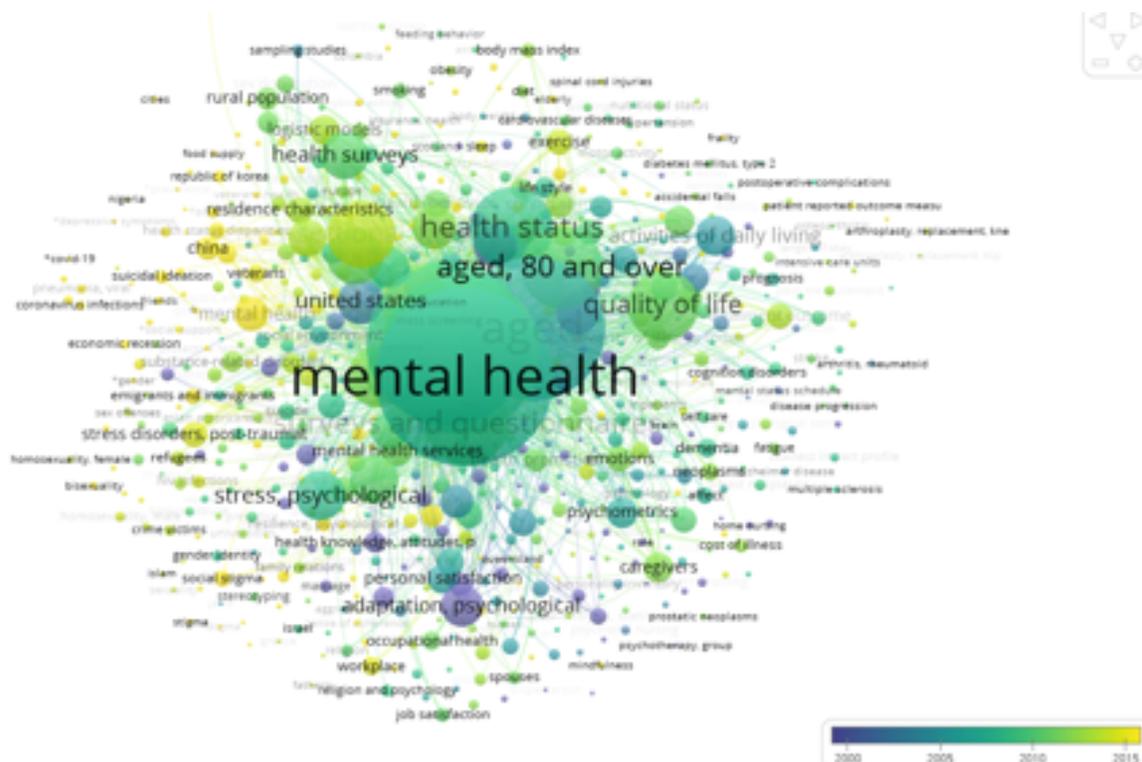
La figura 2 presenta la agrupación de términos en clusters o grupos de acuerdo a color. Lo primero es destacar que existen varios grupos de términos, los cuales tienen cierta continuidad entre sí de acuerdo a familiaridad de colores. El color amarillo agrupa términos como condición de salud, ejercicio, dieta, índice de masa corporal, estilo de vida, actividades de la vida diaria. Este grupo puede denominarse “Estilos de vida saludable”. En la medida en que bajamos en el mapa, podemos identificar otro grupo de palabras en un color más verde, aquí se agrupan términos como psicometría, cuidadores, rol, costo de enfermedades, daño cognitivo, calidad de vida, resultado de tratamiento, demencia, fatiga, afecto, residencias de enfermería, entre otras. Este segundo grupo puede ser denominado “cuidados de largo plazo”.

A medida que se oscurece el color verde, se encuentran también términos propios de la psicología de este cluster, tales como religión y psicología, estrés psicológico, adaptación psicológica, satisfacción personal, servicios de salud mental, salud ocupacional, ambiente de trabajo, satisfacción laboral, entre otras, palabras que pueden agruparse en un cluster denominado “Psicología del envejecimiento”.

Luego en la parte inferior izquierda del mapa, se encuentra un cluster de color anaranjado, el cual contiene términos como estigma social, estereotipos, refugiados, homosexualidad, desorden de estrés posttraumático, identidad de género, desórdenes relacionados con sustancias, emigración e inmigración, abuso de esposas, relaciones familiares, matrimonio. Este grupo de palabras puede denominarse “Dimensión social del envejecimiento”.

La figura 3 permite observar la evolución temporal de la investigación asociada a salud mental de personas mayores. Esta figura permite observar el período de producción que va desde el 2000 al 2020 (aunque en la regla que presenta la evolución temporal se indique el 2015), intervalo que presenta el mayor volumen de producción histórico en esta temática. La evolución temporal está diferenciada según colores, a medida que nos acercamos al color púrpura nos alejamos del presente, mientras que a medida que nos acercamos al color amarillo nos desplazamos al presente. Lo primero que destaca es que las palabras más recientes aparecidas en las publicaciones, son China, recesión económica, veteranos, ideación suicida, desórdenes por estrés pos traumático, república de Corea, Covid-19, infección por Coronavirus, estigma social, resiliencia. Estas palabras denotan los temas emergentes de investigación en salud mental de personas mayores, y mezclan la investigación de consecuencias psicológicas de veteranos de guerra, problemas asociados a la sociedad contemporánea como recesión económica, bisexualidad, inmigración; además de temas culturales asociados a envejecimiento como estigma, estereotipos; lo esperable relacionado con Covid-19; pero además aparece el nombre de países asiáticos, los cuales parecen haber ido aumentando de forma importante su productividad científica. A medida que nos alejamos del amarillo, nos encontramos con Estados Unidos como principal productor de investigación, y nos aparecen términos como satisfacción personal, condición de salud, calidad de vida, cerebro, demencia, adaptación psicológica, psicometría, análisis factorial, personalidad, entre otros.

Figura 3: Evolución temporal de la investigación en salud mental de personas mayores



Fuente: Elaboración propia mediante Vosviewer

En lo social, en énfasis se pone ahora en la diferencia cultural y propia de características adscriptivas tales como sexo, etnia, nacionalidad, opción sexual. Las disciplinas sociales parecen haber aportado mucha mayor producción científica a la salud mental de personas mayores, incorporándose temáticas emergentes asociadas a las dimensiones culturales y psicosocial del envejecimiento. Esta tendencia da cuenta de un abordaje al menos multidisciplinario, aunque queda por evaluar si esta multidisciplinariedad se traduce en interdisciplinariedad o trabajo integrado entre distintas disciplinas. Para evaluar esto, sin embargo, se necesita una investigación de naturaleza distinta a la llevada a cabo aquí. La tabla 1 resume las características más destacadas de cada etapa de investigación.

Tabla 1: Características de la investigación asociadas a cada período

PERÍODO	TEMPRANO	CONTEMPORÁNEO
Enfoque de investigación	Biomédico	Integral
Modelo de atención	Cerrado	Abierto, comunitario
Énfasis social	Diferencia de clase	Diferencia cultural o adscriptiva
Tipo de psicología	Funcional, énfasis en adaptación	Cognitiva conductual, énfasis en integración e inclusión

