

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**



**Título:**

Paradigma en salud mental en el paciente adulto mayor en América durante el período  
2017-2022

**Nombre de la sustentante:**

Hellen Elizabeth Martínez Gómez

**Tutor:**

Dra. Jossilinne González Venegas

**Año 2024**

**Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía**

## Resumen

**Introducción:** El concepto de salud definido por la OMS incluye el aspecto físico, social y mental. Sin embargo, la presente investigación hace referencia a la importancia de un buen estado mental en el adulto mayor, ya que dependen de eso el bienestar y la vitalidad diaria del paciente.

Así también se estudia el paradigma, como conjunto de percepciones o creencias que gira en torno a la aceptación de los servicios de atención en salud mental, donde se busca conocer los trastornos mentales más frecuentes en la vejez, las barreras que impiden recibir una adecuada asistencia, y relacionar la evolución de esos trastornos mentales con el uso de atención en salud mental de los países de la Región de las Américas.

**Objetivo general:** Debido a que la población de adultos mayores de la Región de las Américas se está expandiendo significativamente, es importante entender el paradigma que les impide recibir o aceptar atención. Por tal motivo, el objetivo principal de la investigación es: Analizar el paradigma comprendido como percepciones o creencias de los adultos mayores con respecto a la salud mental y su relación con la aceptación o resistencia a los servicios de atención en esa área de la salud.

**Metodología:** La investigación se llevó a cabo mediante una revisión de literatura, por medio de la búsqueda de artículos científicos e informes de salud provenientes de páginas como SciELO, Google Académico y Dialnet durante los años 2017 a 2022, en español, portugués e inglés.

**Conclusiones:** Tras el análisis, se concluye que el paradigma en la atención en salud mental en los adultos mayores se basa principalmente en el estigma personal, social y cultural hacia las enfermedades mentales. Se rescata que la resistencia a buscar ayuda en salud mental resultante del estigma conlleva a discapacidad y mortalidad; por el contrario, la aceptación guía hacia una buena gestión de los trastornos mentales y, por ende, una mejor calidad de vida.

Al partir desde el análisis precedente, se señala que más del 15% de las personas mayores de 60 años padecen algún trastorno mental y los más observados son los de ansiedad y depresión. Una adecuada asistencia sanitaria es necesaria para mejorar su calidad de vida.

**Palabras clave:** Salud Mental, Adulto Mayor, Paradigma, Trastorno Mental.

**Abstract:** The present research refers to the importance of a good mental state in the elderly, since the well-being and daily vitality of the patient depend on it. In this way, the paradigm is also studied, as a set of perceptions or beliefs that revolves around the acceptance of mental health care services, which is known as the most frequent mental disorder in old age, and the barriers that prevent receiving adequate assistance and relate the evolution of these mental disorders to the use of mental health care in the countries of the Region of the Americas.

After the analysis, it is concluded that the paradigm in mental health care in older adults is based mainly on the personal, social, and cultural stigma towards mental illnesses. It is noted that resistance to seeking mental health help resulting from stigma leads to disability and mortality. On the contrary, the acceptance guide towards good management of mental disorders and, therefore, a better quality of life.

## **Agradecimientos**

Principalmente, agradecer a Dios por brindarme las fuerzas y capacidades requeridas para culminar el desarrollo de la presente investigación y, así también, por permitirme llegar hasta el final de esta carrera académica.

Quiero agradecer profundamente a todas aquellas personas que han contribuido de manera significativa, ya sea con su tiempo, conocimientos o palabras de aliento, a la realización de este proyecto de investigación final.

A mis padres y a mi hermana, por su infaltable comprensión, colaboración, aliento y apoyo emocional y económico en cada etapa de este proceso.

A mi esposo, por acompañarme, aconsejarme y animarme durante toda la elaboración de tesis y gran parte de mi carrera.

A mis amigos, quienes han sido una fuente constante de motivación y distracción saludable durante este periodo desafiante.

A mi tutora de tesis, la Dra. Jossilinne González Venegas, por su orientación, paciencia y dedicación; así mismo, por su retroalimentación constante, sus consejos y comentarios, que han sido clave fundamental para dar forma y mejorar este proceso.

Finalmente, a aquellos que dedicaron su tiempo a revisar mi trabajo.

## **Dedicatoria**

Dedico esta investigación a aquellos que han sido mi fuente inagotable de inspiración y apoyo a lo largo de esta travesía académica.

A Dios, por ser mi guía y mi fortaleza.

A mi familia, cuyo amor incondicional ha sido mi mayor motor; de no ser por ellos, no habría llegado hasta donde estoy.

Finalmente, a mis profesores, por guiarme con sabiduría y paciencia hasta este momento.

## Tabla de contenidos

### Contenido

<b>CAPÍTULO I– INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1 Introducción.....	2
1.2 Planteamiento del problema .....	4
1.3 Objetivos.....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos .....	5
1.4 Justificación .....	6
1.5 Antecedentes.....	100
1.5.1 Históricos .....	100
1.5.2 Internacionales .....	100
1.5.3 Nacionales.....	111
<b>CAPÍTULO II– MARCO TEÓRICO</b> .....	133
2.1 Paradigma .....	144
2.2 Adulto mayor.....	144
2.2.1 Envejecimiento .....	166
2.2.2 Repercusión social e individual del envejecimiento .....	19
2.2.3 Familias y los sistemas de cuidados.....	19
2.2.3.1 Programas para adultos mayores.....	20
2.2.3.1.1 Mayor hoy .....	200
2.2.3.1.2 País de mayores .....	211
2.2.3.1.3 Programas de terapia asistida con animales .....	211
2.2.3.1.4 Programas de terapia de humor .....	222
2.2.3.1.5 Programa de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores o programa “Red de cuido” .....	222

2.2.3.1.6 Red Nacional de Clubes de Personas Mayores .....	222
2.2.4 Derechos del adulto mayor .....	233
2.2.5 Enfermedades más comunes en el adulto mayor .....	244
2.2.6 Abordaje del adulto mayor en atención primaria.....	255
2.3 Período 2017 a 2020.....	277
2.4 Salud.....	27
2.5 Salud mental .....	27
2.5.1 Historia de la salud mental.....	289
2.5.2 Salud mental en el adulto mayor de la Región de las Américas.....	29
2.5.3 Normalidad psíquica.....	30
2.5.3.1 Criterios de normalidad .....	300
2.5.3.2 Indicadores de normalidad .....	32
2.5.4 Condicionantes de la salud mental.....	333
2.6 Trastornos mentales frecuentes en los adultos mayores de la Región de las Américas durante el período 2012 a 2022 .....	333
2.7 Influencia del COVID-19 en los trastornos mentales de los pacientes adultos mayores de la Región de las Américas durante la pandemia.....	55
2.8 Trastornos mentales más frecuentes en los adultos mayores de los diferentes países de la Región de las Américas durante el período 2017-2022 .....	56
2.9 Barreras del uso de atención en salud mental en adultos mayores de la Región de las Américas .....	59
2.10 Relación de la evolución de los trastornos mentales en adultos mayores con el uso de atención en salud mental .....	644
<b>CAPÍTULO III– MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>655</b>
3.1 Tipo de investigación .....	666

3.2 Población .....	666
3.3 Muestra.....	677
3.4 Objeto de estudio .....	677
3.5 Lugar de estudio.....	67
3.6 Criterios de búsqueda.....	677
3.7 Criterios de inclusión y exclusión .....	687
3.7.1 Criterios de inclusión.....	68
3.7.2 Criterios de exclusión.....	68
3.8 Proceso de selección de la información .....	69
3.9 Clasificación según niveles de evidencia .....	70
3.10 Limitantes de estudio .....	70
3.11 Fuentes de información .....	700
3.12 Variables .....	70
<b>CAPÍTULO IV– ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO V– CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>78</b>
<b>CAPÍTULO V – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>85</b>
<b>CAPÍTULO VII– ANEXO .....</b>	<b>95</b>
Anexo: Clasificación según niveles de evidencia .....	96

## I. Lista de tablas

Tabla 1. Enfermedades más comunes en el adulto mayor;	<b>Error!</b>	<b>Marcador</b>	<b>no definido.4</b>
Tabla 2. Enfermedades crónicas asociadas a la depresión;	<b>Error!</b>	<b>Marcador</b>	<b>no definido.0</b>
Tabla 3. Ámbitos por explorar durante la evaluación clínica de depresión.....;	<b>Error!</b>	<b>Marcador no definido.1</b>	
Tabla 4. Factores de riesgo y protectores de conducta suicida en adulto mayor ...;	<b>Error!</b>	<b>Marcador no definido.3</b>	
Tabla 5. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad;	<b>Error!</b>	<b>Marcador</b>	<b>no definido.5</b>
Tabla 6. Enfermedades que causan alteración del sueño;	<b>Error!</b>	<b>Marcador</b>	<b>no definido.0</b>
Tabla 7. Tipos del trastorno bipolar según el DSM-5..	<b>Error!</b>	<b>Marcador no definido.4</b>	
Tabla 8. Características diferenciales entre la depresión unipolar y bipolar .....	<b>Error!</b>	<b>Marcador no definido.5</b>	
Tabla 9. Trastornos mentales más frecuentes en los adultos mayores de los diferentes países de la Región de las Américas durante el período 2017-2022;	<b>Error!</b>	<b>Marcador no definido.7</b>	
Tabla 10. Barreras en el acceso a los servicios de Salud Mental por dimensión según el Modelo de Tanahashi.....	<b>Error!</b>	<b>Marcador no definido.3</b>	
Tabla 11. Cantidad de países afectados por trastornos mentales durante el período 2017-2022 .....	<b>Error!</b>	<b>Marcador no definido.</b>	
Tabla 12. Barreras del uso de atención en salud mental en el adulto mayor en la Región de las Américas durante el período 2017-2022 .....	<b>Error!</b>	<b>Marcador no definido.</b>	

## II. Lista de figuras

Figura 1. Factores determinantes multidimensionales de la longevidad ..... **¡Error! Marcador no definido.**7

Figura 2. Áreas afectadas por la enfermedad de Alzheimer; **¡Error! Marcador no definido.**8

Figura 3. Algoritmo diagnóstico-terapéutico del trastorno de ansiedad..... **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 4. Representación gráfica de los estados del humor a lo largo de la vida con trastorno bipolar ..... **¡Error! Marcador no definido.**3

### III. Lista de gráficos

Gráfico 1. Tipos de envejecimiento .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>	8
Gráfico 2. Etapas históricas de la salud mental .....		19
Gráfico 3. Relación entre el paradigma en salud mental y la resistencia y aceptación a la atención .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
Gráfico 4. Cantidad de países de la Región de las Américas afectados por los trastornos mentales más frecuentes durante el período 2017-2022	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
Gráfico 5. Porcentaje de las barreras más comunes en el acceso a los servicios de atención en salud mental en el adulto mayor de la Región de las Américas durante el período 2017-2022 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
Gráfico 6. Evolución de los trastornos mentales en el adulto mayor con el uso de atención en salud mental .....		77

#### IV. Lista de abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
AGECO	Asociación Gerontológica Costarricense
APS	Atención Primaria en Salud
BZD	Benzodiazepinas
CIE - 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus del 2019
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
EA	Enfermedad de Alzheimer
ENASEM	Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
IMAO	Inhibidores de la Monoaminoxidasa
IRSN	Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
MOR	Movimientos Oculares Rápidos
NIA-AA	Instituto Nacional de Envejecimiento y la Asociación de Alzheimer
OASR	Older Adult Self-Report
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAM	Persona Adulta Mayor
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SMPES	Síndrome de Movimientos Periódicos de Extremidades durante el Sueño
SPI	Síndrome de Piernas Inquietas
TB	Trastorno Bipolar
TCA	Antidepresivos Tricíclicos
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo
UPP	Úlceras Por Presión

# **CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN**

## 1.1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social<sup>1</sup>. Dichas esferas son de gran importancia para mantener una adecuada calidad de vida en todos los grupos etarios. Sin embargo, la presente investigación hace referencia a la importancia de un buen estado mental en el adulto mayor, ya que influye en la sensación de bienestar y vitalidad diaria; así también se estudia el paradigma que gira en torno a la aceptación de los servicios de atención en salud mental.

Según un estudio realizado por Daza y Quintero, la salud mental se relaciona estrechamente con la salud física, dado que algunos trastornos mentales tienen un origen físico; por tanto, una enfermedad física puede desencadenar problemas mentales, los cuales, a su vez, pueden exacerbar afecciones físicas existentes<sup>2</sup>. Al partir de este hecho, es crucial reconocer que la salud mental desempeña un papel fundamental en el bienestar de los adultos mayores, ya que contribuye en la recuperación de enfermedades físicas y, por ende, en la mejora de la calidad de vida.

El II informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica menciona que las enfermedades y trastornos crónicos, por lo general, tienen efectos discapacitantes y que, de esas enfermedades, las psiquiátricas o mentales son las que conllevan una mayor probabilidad de ocasionar discapacidad. Su prevalencia es de más del 80% entre las personas mayores de 65 años, que reportan haber sido diagnosticadas de Alzheimer, depresión o ansiedad crónica o algún otro trastorno mental<sup>3</sup>.

A pesar de la importancia de la salud mental en el adulto mayor, estos pacientes tienen ciertas percepciones o creencias que se estudiarán en el presente trabajo final de graduación, ya que impactan negativamente en el acceso y la atención que reciben en ese ámbito de la salud.

Por otro lado, existe la creencia equivocada, en la sociedad o personas que rodean a pacientes adultos mayores, de que los problemas de salud mental son un "efecto natural" del envejecimiento y que, por ende, todas las personas de edad avanzada padecen enfermedades mentales. Esto conlleva a la minimización y normalización de los síntomas, lo cual influye

significativamente en el hecho de que los adultos mayores reconozcan y busquen apoyo profesional<sup>4</sup>.

Si la creencia sobre las capacidades mentales de las personas mayores se modificara en sentido positivo, probablemente habría un descenso en los índices de aislamiento, enfermedades mentales y riesgo de muerte prematura<sup>4</sup>.

Además, los estereotipos, prejuicios y mitos que giran alrededor de la vejez también repercuten en la forma en que es percibida y tratada la salud mental de las personas mayores. El estigma relacionado con la disminución de la capacidad cognitiva, la falta de productividad y la dependencia económica, pueden llevar a invisibilizar o infravalorar las necesidades tanto emocionales como psicológicas<sup>4</sup>.

Debido a que la población de adultos mayores es vulnerable, es importante abordar estas creencias, prejuicios y demás, promoviendo una mayor conciencia sobre la imprescindibilidad de la salud mental en esta etapa de la vida. Comprometerse en la educación, tanto para los propios adultos mayores como para sus familias y/o cuidadores, es crucial para proporcionar un adecuado apoyo y tratamiento a esta población<sup>5</sup>.

Por tal motivo, el objetivo principal de la presente investigación es analizar el paradigma que tienen los adultos mayores hacia la salud mental y sus implicaciones en el acceso y la atención que reciben.

Asimismo, se busca conocer, por medio de diversos estudios, los trastornos mentales más frecuentes en la vejez, las barreras que impiden recibir una adecuada asistencia y, finalmente, relacionar la evolución de esos trastornos mentales con el uso de atención en salud mental de los países de la Región de las Américas, la cual es un área geográfica que abarca los diferentes países de América del Norte, América Central, América del Sur y el Caribe, según la Organización Panamericana de la Salud<sup>6</sup>.

## 1.2 Planteamiento del problema

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2019, en la Región de las Américas había una población de 116 millones de personas de 65 años, lo que constituye un 12% del total de la población de América<sup>6</sup>.

De acuerdo con la OMS, muchos de estos adultos mayores sufren algún trastorno mental, debido a heridas psicológicas sin gestionar causadas por experiencias como la pérdida de un ser querido, pérdida de la independencia, soledad, problemas socioeconómicos por jubilación o discapacidad, por enfermedades crónicas, entre otros<sup>2</sup>.

Las personas mayores que padecen trastornos mentales, como la depresión, podrían tener mayor dificultad para tomar acciones en beneficio de su salud mental, como, por ejemplo: comer bien, hacer ejercicio y, principalmente, buscar o acceder a servicios de atención psiquiátrica y tomar medicamentos recetados<sup>7</sup>. Esto podría deberse al trastorno como tal, o a la resistencia generada por creencias o percepciones sobre la búsqueda de atención mental, lo cual puede repercutir negativamente, no solo en ellos mismos sino también en sus descendientes, a causa de la influencia que ejercen sobre sus familiares.

Como consecuencia de esta resistencia y otras barreras que impiden el acceso a la salud mental, las personas en edad avanzada podrían no obtener un diagnóstico correcto de un trastorno o problema mental y, por ende, podrían no recibir el tratamiento necesario, generando inseguridades, incapacidad de tener relaciones de calidad con otras personas, sensación de malestar constante, dificultad en recuperación y mejoría de síntomas, incapacidad de toma de decisiones, entre otros<sup>2</sup>.

Contrarrestar las ideas o creencias erróneas asociadas con la salud mental puede ser crucial para ayudar a las personas a sentirse más cómodas, buscando o aceptando ayuda profesional. Esto contribuirá a mejorar su bienestar mental y, por ende, puede reducir la resistencia a recibir atención en salud mental.

Con base en lo anterior surge la interrogante: ¿Cuál es la relación entre el paradigma en salud mental con la aceptación o resistencia a la atención de esta en los adultos mayores de la Región de las Américas durante el período 2017-2022?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Analizar el paradigma que existe en relación a la aceptación o resistencia a la atención en salud mental en el paciente adulto mayor en América durante el período 2017-2022.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Describir los trastornos mentales más frecuentes en adultos mayores en América durante el período 2017-2022.
- Identificar las barreras del uso de atención en salud mental en el adulto mayor en América durante el período 2017-2022.
- Relacionar la evolución de los trastornos mentales en el adulto mayor con el uso de atención en salud mental en América durante el período 2017-2022.

## 1.4 Justificación

La salud mental es un componente esencial del bienestar integral de las personas, independientemente de su edad. Sin embargo, el envejecimiento se asocia a un mayor riesgo de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, demencia y trastornos del sueño<sup>3</sup>.

Actualmente, existen muchas personas de edad avanzada que presentan algún trastorno o enfermedad mental sin diagnosticar, que fue desarrollado en su niñez o que fue heredado por familiares de primer grado. Algunas personas también han sufrido una herida psicológica en la infancia, adolescencia o adultez, que no se gestionó; otras han pasado por diferentes duelos, correspondientes a los cambios ambientales y psicológicos propios del envejecimiento, como, por ejemplo: pérdida de la autonomía, pérdida de amigos y/o pareja.

Todo esto lleva consigo el desencadenamiento de problemas tanto personales como sociales que, de alguna u otra manera, les dificulta tener relaciones interpersonales sanas y estables, repercutiendo, así, muchas veces, en una mala adaptación en la sociedad, pero principalmente en su misma familia. La mala comprensión de este problema por parte de los familiares lleva a que se den preocupaciones, discusiones, aislamiento y a veces incluso maltrato<sup>2</sup>.

Todo el acúmulo de emociones negativas generadas por diferentes motivos, y que no se gestionan por no buscar ayuda psicológica y/o psiquiátrica, repercute en la salud física, mental y social de los pacientes. Debido a que el cuerpo y la mente están fuertemente relacionados, los problemas en salud mental se verán reflejados en manifestaciones físicas, provocando síntomas como fatiga importante, energía baja, alteraciones del sueño, cambios en los hábitos alimentarios, dolor, dificultad para respirar, entre otros<sup>7</sup>.

La inestabilidad mental puede llegar a ser tan intensa que interrumpe la vida diaria de la persona, esto porque le impide tener la capacidad, habilidad, fuerza de voluntad o ánimo necesario para realizar ciertas actividades por más pequeñas que parezcan<sup>7</sup>.

El problema de que algunos adultos mayores tengan cierto rechazo o resistencia en contra de la salud mental y no sean tratados correctamente, radica en las barreras que ellos y su cultura se imponen para el acceso a la atención de salud mental.

Las percepciones o creencias asociadas pueden dificultar la identificación y el reconocimiento de los problemas de salud mental por parte de los adultos mayores. Esto puede llevar a la subestimación o negación de los síntomas, lo que impide que busquen ayuda profesional o realicen intervenciones tempranas que podrían mejorar su bienestar mental<sup>4</sup>.

Además, el concepto erróneo de la salud o enfermedad mental puede tener un impacto en la percepción de los propios adultos mayores, sobre su valor e importancia dentro de la sociedad. La discriminación relacionada con la edad puede llevar a la desvalorización de las necesidades emocionales y psicológicas de las personas mayores, y ello, a su vez, puede influir en su autoestima y confianza para buscar apoyo y tratamiento<sup>4</sup>.

Además de los problemas ya mencionados, que pueden surgir cuando los adultos mayores no reciben la ayuda necesaria para el cuidado de su salud mental, se incluyen:

- Automedicación: los adultos mayores que no buscan ayuda médica o psiquiátrica por diferentes motivos, pueden intentar automedicarse para tratar sus síntomas. Esto puede resultar peligroso y puede llevar a interacciones medicamentosas o sobredosis<sup>8</sup>.
- Aislamiento y estigma: los pacientes de edad avanzada pueden sentirse avergonzados o temerosos de buscar ayuda. Esto puede conducir al aislamiento y al estigma, empeorando los síntomas de los trastornos mentales, repercutiendo de forma negativa en su calidad de vida<sup>8</sup>.

En síntesis, el conjunto de percepciones o creencias que los adultos mayores tienen hacia la salud mental puede tener consecuencias significativas en su propia salud y bienestar. Impiden el reconocimiento y la búsqueda de ayuda, afectan la autovaloración y pueden dar lugar a una atención insuficiente o inadecuada. Abordar el paradigma basado en percepciones y creencias, con el fin de promover una comprensión más inclusiva y respetuosa de la salud mental en la vejez, es esencial para garantizar que todos los adultos mayores reciban el apoyo y tratamiento que necesitan para tener un bienestar integral<sup>5</sup>.

La emergencia de que los adultos mayores tengan paradigmas estereotipados con respecto a la salud mental radica en la creciente población de adultos mayores en todo el mundo, en su vulnerabilidad a los problemas de salud mental, ya que minimizan la

importancia de su abordaje; también radica en la interrelación entre la salud mental y física en esta etapa de la vida, y los impactos negativos en el bienestar emocional y la integración social de los adultos mayores. Además, la falta de reconocimiento y comprensión de la salud mental en los adultos mayores puede poner en peligro su salud física y su calidad de vida en general<sup>2</sup>.

En el aspecto social, la promoción y prevención en salud mental de los adultos mayores busca mejorar la calidad de vida de dichos pacientes, con el fin de que puedan gozar de bienestar tanto físico como mental, eliminando toda barrera subjetiva que les impida buscar o recibir la ayuda que realmente necesitan. Otra finalidad es mejorar su forma de relacionarse con amigos y familiares sin importar el entorno en el que se encuentren, pues se vuelve un ciclo vicioso en el que un ambiente sano, socialmente hablando, favorece el progreso del estado mental de cada paciente<sup>2</sup>.

El proyecto de investigación tiene ventajas metodológicas, ya que podría ser utilizado para realizar futuros estudios con metodologías compatibles, y se recomienda para el análisis conjunto del paradigma de salud mental, para comparaciones entre lo que sucede durante el período 2017 al 2022 y en periodos futuros; así también puede favorecer el estudio de las intervenciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la problemática.

En el aspecto profesional, la investigación pretende aportar a los estudios que se realizan a nivel nacional e internacional, sobre la importancia de una adecuada salud mental en la población en general, pero sobre todo en los pacientes ancianos, como un elemento primordial para mejorar el estilo y calidad de vida de cada persona de ese grupo etario, no solo en relación con la ausencia de una enfermedad, sino también con el respectivo manejo y control de una enfermedad existente.

Analizar el paradigma en la atención de salud mental, en los adultos mayores, tiene múltiples beneficios personales y profesionales, tanto para los mismos pacientes como para las personas que los rodean. Entre estos beneficios se incluyen<sup>5</sup>:

- Conciencia y comprensión: al analizar el paradigma y barreras existentes, se adquiere una mayor conciencia sobre las necesidades emocionales y psicológicas de los adultos mayores. Esto permite reconocer y comprender

mejor las dificultades que enfrentan, lo que a su vez facilita la empatía y la comunicación efectiva con ellos. Además, al profesional de salud le permite tener una comprensión más completa y precisa de las necesidades, preocupaciones y desafíos específicos que enfrentan este grupo de edad. Ello conduce a una mejor capacidad para adaptar y personalizar los tratamientos y brindar un enfoque más centrado en el paciente<sup>5</sup>.

- Mejor calidad de vida: al abordar las barreras, se pueden implementar cambios positivos; esto incluye un acceso más amplio a la atención adecuada y la reducción de estigmas. Estos cambios llevarían a una mejora en la calidad de vida de los adultos mayores, ya que se les puede brindar el apoyo y el tratamiento necesarios para abordar sus problemas de salud mental<sup>5</sup>.
- Aumento de la inclusión social: al reconocer y abordar el paradigma y las barreras en la atención de salud mental, se promueve una mayor inclusión social de los adultos mayores. Al haber una mayor inclusión social, se facilita la participación de los adultos mayores en la sociedad y en sus comunidades<sup>5</sup>.
- Contribución a la investigación y la práctica: por medio del análisis de los paradigmas en salud, se puede contribuir al avance de la investigación y la práctica en este campo. Puede generar conocimiento y soluciones que beneficien a los pacientes de ese grupo de edad, y que ayuden a cerrar la brecha de atención en salud mental en dichas personas<sup>5</sup>.

Analizar el paradigma en la atención de salud mental en los adultos mayores podría conllevar beneficios personales para el grupo de pacientes en cuestión, ya que puede aumentar la conciencia sobre los desafíos y estigmas asociados a la salud mental en adultos mayores, beneficios profesionales y multidisciplinarios, debido a mayor comprensión y abordaje del problema existente, por medio de las recomendaciones que surgirán en este trabajo de investigación final.

## **1.5 Antecedentes**

Se realizó la búsqueda de tesis de diferentes universidades relacionadas o con temas similares al tema escogido, de los cuales se encontraron las siguientes:

### **1.5.1 Históricos**

Según Daza y Quintero, estudiantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, en su tesis “Bienestar psicológico del adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca”, se refleja el valor que tiene la familia en la vejez, dado que al realizar una encuesta a dicho grupo poblacional, las opiniones fueron: “me siento triste porque mi familia me abandonó”, “tengo hijos, pero es como si no tuviera”, “les di todo y me pagaron ingresándome acá”, “solo me visitan cuando pueden” “para qué sigo viviendo si ya no tengo a nadie”<sup>2</sup>.

Las opiniones anteriores permiten deducir que la mayoría de las personas que opinaron en esa investigación, están afectadas emocionalmente y perdiendo el interés por la vida, a causa de no contar con su red de apoyo principal; esto refleja que la familia o red de apoyo puede ser una fuente positiva o negativa del bienestar psicológico y, por ende, de la salud mental<sup>2</sup>.

### **1.5.2 Internacionales**

Según Zamora, estudiante de doctorado de la Universidad de Murcia de España, en el 2021, quien realizó una tesis sobre la salud mental en personas mayores de 60 años, las personas en edades avanzadas tienen cierta dificultad o “negación” a verbalizar algunos aspectos de su salud, lo que dificulta obtener datos fiables de estas alteraciones en la población más longeva, y esto conlleva a un alto número de casos subclínicos de enfermedades mentales<sup>9</sup>.

La tesis concluye en que la muestra estudiada permitió estimar que el 47% de las personas mayores de 60 años no perciben tener problemas psicológicos significativos evaluados mediante el Older Adult Self-Report (OASR). Informa que la salud mental de las personas de edad mayor a 60 años está infradiagnosticada, sobre todo para los síntomas subclínicos<sup>9</sup>.

Flores, estudiante de pregrado de la Universidad Privada San Carlos de Perú en el año 2023, quien desarrolló una tesis sobre el estado mental y la capacidad funcional en adultos mayores, recomienda la valoración de la salud mental y capacidad funcional constante, la promoción de actividades que incrementen la participación activa del adulto de edad avanzada y, adicionalmente, brindar consejería a los familiares que acompañan a los pacientes de ese grupo etario, con el fin de ayudarlos a comprender la importancia de conservar una excelente salud mental en dichos miembros de la familia<sup>10</sup>.

### **1.5.3 Nacionales**

De acuerdo con Ruiz, estudiante de posgrado de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, en el 2014, quien planteó una tesis sobre el abordaje de la depresión en el adulto mayor, indicó que es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. En dicho estudio, se comenta que la depresión en edades tardías puede presentarse con síntomas diferentes a los que se manifiestan en la población joven; sin embargo, el humor deprimido y la anhedonia son los dos principales síntomas reportados por los médicos<sup>11</sup>.

Pero síntomas vegetativos como el insomnio, la pérdida del apetito y los síntomas somáticos, como el estreñimiento y el dolor, suelen expresarse con mayor facilidad en este grupo de la población<sup>11</sup>.

El autor presenta algunas alternativas de tratamiento que disminuyen la resistencia y, por el contrario, facilitan la adherencia en los pacientes mayores, por ejemplo, musicoterapia, terapia de masaje, arteterapia, religión y espiritualidad, que, si bien no tienen efecto en la capacidad cognitiva, reducen los niveles de depresión, por lo que puede ser parte de las estrategias en un primer nivel de atención<sup>11</sup>.

Además, son de fácil acceso para las familias con miembros en edad avanzada que se nieguen a recibir cualquier tipo de ayuda psicológica directamente<sup>11</sup>.

Según Valverde, estudiante de posgrado de la Universidad de Costa Rica, en el 2022, quien planteó una tesis sobre la calidad de vida de la persona adulta mayor, comenta que, aunque de forma biológica el cuerpo va avejentándose, produciendo cambios internos y

externos, la clave para una buena calidad de vida es la buena alimentación, actividad física y salud mental<sup>12</sup>.

Durante el proceso de tesis se realizó un programa de educación, que, si bien no es proveer ayuda psicológica, les permitió mantenerse activos, mejorando su estado de ánimo. Previo al programa, los familiares de los pacientes mencionaron que se encontraban en sus casas sin mayores cosas que hacer, que debido a que habían cumplido con todo, estaban casi “esperando la muerte”, sedentarios, con pocas posibilidades de relacionarse con otras personas fuera de la familia y sin proyectos diferentes de estar dentro de su casa<sup>12</sup>.

El beneficio del programa radica en que mejoró su calidad de vida, ya que se sentían más útiles, seguros de sí mismos, motivados, con deseos de realizar diferentes actividades, más sociables, con muchas amistades, con más sentido de pertenencia y, sobre todo, con una mejor salud física y mental<sup>12</sup>.

También, comenta que existen paradigmas, en la sociedad, que pueden influir de forma negativa en los procesos de crecimiento personal y desarrollo humano de los pacientes adultos mayores, algunas veces divulgados por la cultura popular, como el prejuicio de que el deterioro cognitivo de dicho grupo etario les impide realizar actividades diarias, o que no tienen interés para ello<sup>12</sup>.

Ese estudio demostró que no es así, sino que, por el contrario, existe un interés genuino de mantenerse activos disfrutando y gozando plenamente y de ser visibilizados en la sociedad de forma permanente. Este estudio evidencia que hay personas de la tercera edad sin saber que necesitan ayuda psicológica, pero cuando reciben intervenciones en beneficio de su salud mental puede mejorar su estilo de vida<sup>12</sup>.

## **CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO**

## **2.1 Paradigma**

Dunn, en “Minority Studies”, define el término paradigma como “una descripción de la sociedad... un punto de vista, una perspectiva, un principio rector, un sistema de creencias”<sup>13</sup>.

Por otro lado, Quiroa, en su artículo “Paradigma social” lo define como “un conjunto de estereotipos que prevalecen en la conducta de un grupo social”<sup>14</sup>.

Un paradigma social consiste en un conjunto de creencias y conocimientos que forman una imagen o visión de cómo se entiende el medio ambiente en cualquier sociedad<sup>14</sup>.

Los paradigmas sociales suelen permanecer estables en el tiempo, porque es difícil cambiar por completo un sistema de creencias o perspectivas sobre un tema determinado, ya que las personas nacen en un grupo social que ya está establecido y estructurado de una manera predeterminada. Al nacer, pasan a ser parte de ese grupo con una misma visión y forma de pensar<sup>14</sup>.

Luego se aprende incorporando ideas populares y paradigmas ya establecidos. Por tanto, las personas tienen diferentes percepciones y conceptualizaciones de los hechos sociales; así, lo que puede ser aceptado por un grupo social puede ser rechazado por otro<sup>14</sup>.

Al partir de las definiciones anteriores y, con base en la población de estudio, se entiende que el paradigma en salud mental es el conjunto de percepciones o creencias que el adulto mayor tiene sobre la salud o enfermedad mental.

## **2.2 Adulto mayor**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a una persona mayor como aquella que tiene 60 años o más<sup>15</sup>. Sin embargo, en algunos países la edad de jubilación es 65 años, por lo que esta edad suele utilizarse como punto de partida para determinar la vejez.

A medida que el ser humano envejece, debe afrontar cambios como la jubilación, cambios de roles en la familia o la sociedad, mayor riesgo de enfermedades crónicas, pérdida de funciones, entre otros. Esto ocurre en diferentes edades según las características individuales de la sociedad y tiene diferentes connotaciones, dependiendo de las condiciones sociales y económicas en las que se vive<sup>3</sup>.

Estos cambios asociados al envejecimiento también difieren entre generaciones, tanto en la edad en que ocurren como en su importancia para la vida de las personas. Son estas diferencias las que dificultan determinar, de manera inequívoca, la edad en la que comienza el envejecimiento y las razones por las que la edad varía según el nivel de desarrollo de un país<sup>3</sup>.

En Costa Rica, la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, establece 65 años como la edad en la que una persona se considera persona mayor, y la edad de jubilación en el sistema que cubre la mayor población es de 65 años. Además de ser legales, existen otros pasos que se pueden tomar para trazar una línea entre las edades. Algunos de los más utilizados son la esperanza de vida, la edad media de jubilación y los cambios en la probabilidad de vivir de forma independiente<sup>3</sup>.

Las personas mayores, también llamadas personas de edad avanzada o de tercera edad, son individuos que han alcanzado una etapa avanzada de la vida caracterizada por un envejecimiento fisiológico, psicológico y social. Este período de la vida se caracteriza por la disminución gradual de la capacidad funcional y la adaptación a nuevos desafíos físicos, cognitivos y emocionales<sup>3</sup>.

Al reducir la mortalidad, más personas llegan a la edad adulta y más personas llegan a edades más avanzadas. En Costa Rica la esperanza de vida ha aumentado durante el último siglo de 46,9 años en 1930 a 77,7 años en el 2000 y actualmente es de 79,2 años. Esta mayor supervivencia humana está ligada al aumento de la población de 65 años y más<sup>3</sup>.

Cada vez más personas llegan a los 65 años, porque la proporción de personas que sobreviven desde el nacimiento hasta los 65 años está aumentando, es decir, en 1950, el 53% de los hombres y el 56% de las mujeres sobrevivían desde el nacimiento hasta los 65 años<sup>3</sup>.

En 1980, el 75% de los hombres y el 85% de las mujeres alcanzaban la edad de 65 años; actualmente, esta proporción es del 83% de los hombres y el 90% de las mujeres. La variación se debe al cambio en la mortalidad a edades tempranas y, en particular, al cambio en la mortalidad infantil. Esta cifra cayó de 137 muertes de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1940 a 68,4 en 1970, y a 19,9 en 1980. Y, actualmente, es de 10 por cada mil nacidos vivos<sup>3</sup>.

## **Envejecimiento**

Las definiciones o ideas sobre la duración de la vida humana han cambiado con el tiempo. En la Antigüedad se consideraba que la esperanza de vida debía oscilar entre 70 y 80 años, ya que algunos sabios griegos creían que los 80 años eran el momento natural para la muerte<sup>16</sup>.

De acuerdo con Hechavarría et al., la vida humana no solo está determinada por los aspectos biológicos del individuo, sino que también está directamente influenciada por factores biológicos y ecológicos, sin descuidar los factores psicológicos, sociales y culturales<sup>16</sup>.

Los avances en ciencia y tecnología, menores tasas de natalidad y menos enfermedades infecciosas que caracterizaron al siglo XX, conducen a un aumento en la esperanza de vida promedio de la población mundial, lo que lleva a un aumento de la población mayor de 60 años<sup>16</sup>.

El número de personas en el mundo mayores de 60 años aumentó, durante el siglo XX, de 400 millones en los años cincuenta a 700 millones en los noventa. Según un estudio realizado por Hechavarría et al., en el 2025 habrá aproximadamente 1 200 millones. El grupo de los "muy viejos", o personas mayores de 80 años, también está creciendo y representará el 30% de los adultos en los próximos 30 años en los países desarrollados, y el 12% en los llamados países en desarrollo<sup>16</sup>.

Según las páginas selectas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el envejecimiento se define como:

Un proceso que se desarrolla progresivamente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que a lo largo de su vida transitan por las diversas etapas del ciclo vital mientras ganan en años; una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto<sup>5</sup>.

Entre las personas, y más allá de consideraciones biológicas, el envejecimiento conlleva un complejo de cambios asociados a la edad, que atañen a la percepción que las

personas tienen de sí mismas, a la valoración que los demás les asignan y al papel que desempeñan en su comunidad<sup>5</sup>.

Desde el ámbito demográfico, el envejecimiento implica que la proporción de individuos que experimentan aquellos cambios tiende a aumentar en desmedro de la importancia relativa de los demás grupos, cuyo distingo se establece de acuerdo con la edad<sup>5</sup>.

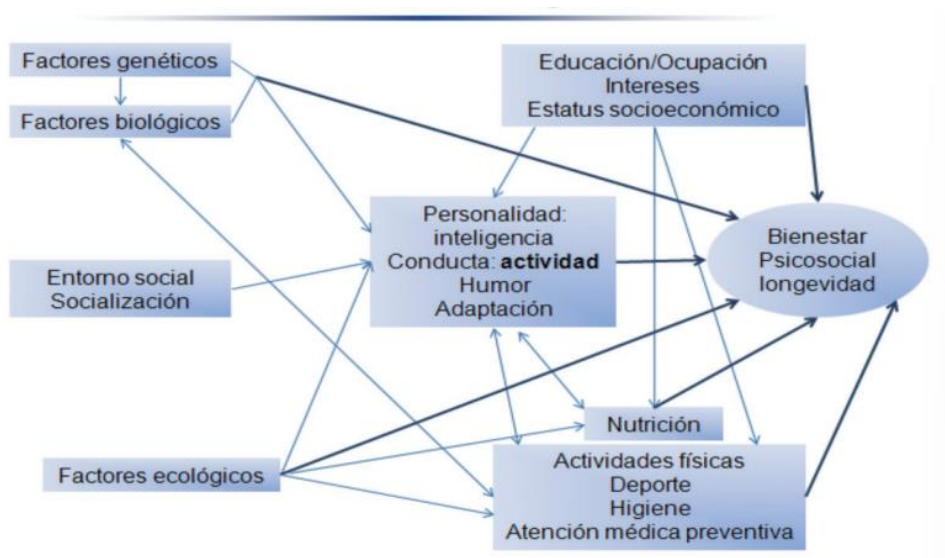
La CEPAL también comenta, en su artículo acerca de las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe:

Aunque la edad parece ser la medida más adecuada del envejecimiento, determinar el número exacto siempre está sujeto a arbitrariedad. La edad tiene varios significados, muchos de los cuales tienen que ver con la calidad más que con la cantidad de años vividos<sup>5</sup>.

Por supuesto, existe una edad biológica, determinada por factores ambientales y las características genéticas del individuo, que controla los parámetros fundamentales de la vida. Está influenciada, al menos en parte, por la edad psicológica o subjetiva, que se refiere a la capacidad de aceptarse a uno mismo y adaptarse al entorno<sup>5</sup>.

También hay eras sociales que reflejan la influencia de normas tanto individuales como de comportamiento. El alcance de esta era social depende de la cultura dominante y del estatus socioeconómico de la gente<sup>5</sup>.

**Figura 1. Factores determinantes multidimensionales de la longevidad**



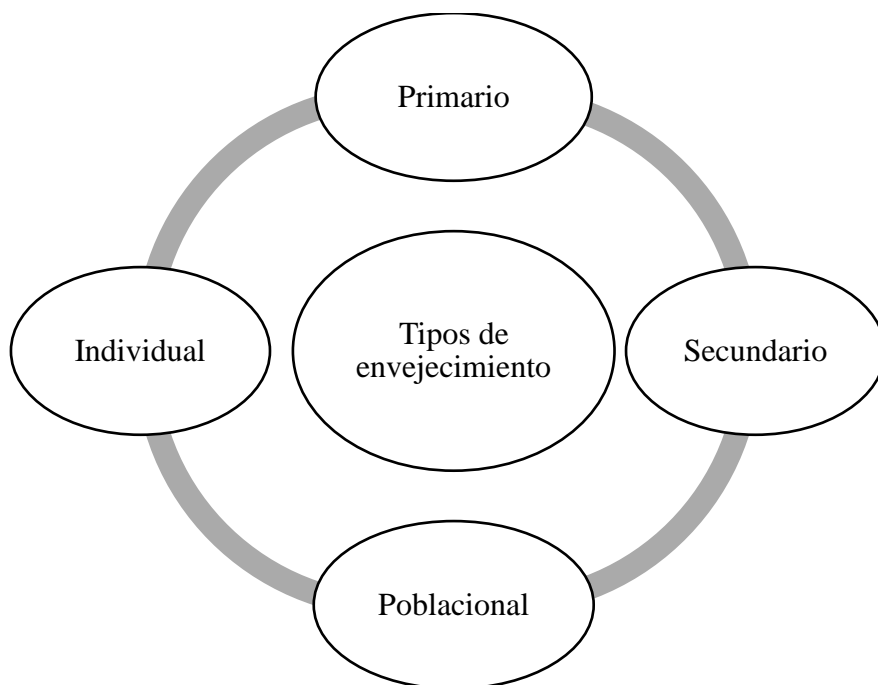
Fuente: imagen tomada de la referencia<sup>17</sup>.

Hechavarría et al., describen que “el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad”<sup>16</sup>.

A su vez, mencionan diferentes tipos de envejecimiento, siendo los más destacados el envejecimiento primario, secundario, poblacional e individual<sup>16</sup>.

De igual manera, Hechavarría et al., en su artículo sobre el envejecimiento, describen que sea cual sea el tipo de envejecimiento considerado, la característica fundamental de cualquiera de ellos es que existe una pérdida de la reserva funcional; esto condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa, al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. Según se pierde la reserva funcional, la susceptibilidad es mayor, debido a que aumenta la posibilidad de que cualquier nexo causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia<sup>16</sup>.

**Gráfico 1. Tipos de envejecimiento**



**Fuente: Elaboración propia con base en la referencia<sup>16</sup>.**

El envejecimiento y la vejez dependen de la calidad de vida que la persona lleve desde su nacimiento. Para envejecer con salud, se deben mejorar las condiciones de vida de toda la

población; independientemente de la edad, sexo o etnia, brindar bienestar a las personas mayores, asegurando servicios de salud y seguridad social, una subsistencia adecuada, vivienda digna y asistencia íntegra, priorizando acciones de salud para los grupos más pobres<sup>16</sup>.

### **2.2.1 Repercusión social e individual del envejecimiento**

El grupo de personas de 60 años y más es el que está creciendo más rápido en el mundo. Se vive 30 años más que en el siglo XX, y más del 30% de la población en muchos países corresponde a los ancianos. Los países altamente desarrollados han mejorado la calidad de vida, lo que ha llevado a la convivencia de varias generaciones en el mismo espacio y tiempo<sup>16</sup>.

Por ello, el apoyo a las personas de edad avanzada y su integración a la sociedad es un objetivo político. El trabajo del médico de la familia es crucial para considerar los aspectos psicológicos que favorecen un envejecimiento normal y satisfactorio. El envejecimiento es un reto humano para mejorar la calidad de vida de la especie humana<sup>16</sup>.

### **2.2.2 Familias y los sistemas de cuidados**

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad tienen implicaciones importantes en la relación entre familia y edad<sup>5</sup>.

En primer lugar, el aumento de la esperanza de vida aumenta la existencia de personas en edad avanzada, extendiendo el tiempo dedicado al desempeño de ciertos roles (hijos, abuelos, madres, padres, entre otros) y así también a las actividades personales, profesionales y de ocio<sup>5</sup>.

En segundo lugar, la disminución de las tasas de natalidad tiene un impacto significativo, al reducir el número de miembros de la familia que potencialmente pueden brindar apoyo en la vejez. Además, conduce a tendencias de decrecimiento de los hogares jóvenes y a un aumento de hogares con y de personas mayores<sup>5</sup>.

En tercer lugar, el aumento de la esperanza de vida no está necesariamente asociado con mejores condiciones de vida, por lo que las generaciones que envejecen pueden tener más probabilidades de sufrir algún tipo de dependencia a medida que envejecen<sup>5</sup>.

Hoy en día, están muy extendidas las familias de tres e incluso cuatro generaciones, y algunas personas viven de forma independiente en la vejez, pero en menor medida que en otras partes del mundo<sup>5</sup>.

La composición y estructura de los hogares están relacionadas con factores demográficos, económicos y culturales, que a la vez determinan su formación, cambios o disoluciones<sup>5</sup>.

La coresidencia de varias generaciones, por ejemplo, puede deberse a la falta de recursos o al progresivo deterioro de las condiciones de salud de las personas mayores, que impiden, a una fracción importante de esta población, mantener hogares autónomos, o bien puede ser una consecuencia de las dificultades de los hijos para independizarse económicamente<sup>5</sup>.

En situaciones donde los sistemas de protección social son débiles, la vivienda multigeneracional es una opción preferida para las personas mayores y sus familias. Esto se debe a que, por un lado, la vivienda multigeneracional garantiza apoyo a las personas mayores con cierto grado de vulnerabilidad y, por otro, los ingresos de las personas mayores siguen siendo una fuente financiera importante para la familia<sup>5</sup>.

Hay tres fuentes de atención en la vejez: la familia, el Estado y el mercado. Debido a que ninguno de estos centros tiene la responsabilidad exclusiva de la prestación de atención, existen diferencias en las responsabilidades principales asignadas a cada centro, pero el apoyo proporcionado por cada centro no necesariamente está claramente diferenciado<sup>5</sup>.

Una de las fuentes más importantes de cuidado en la vejez es, y continuará siendo, la familia, la que puede responder a esta necesidad mediante la transferencia de tiempo, es decir, ofreciendo cuidados personales, o financiándolos en el mercado, por medio de transferencias en efectivo<sup>5</sup>.

### **2.2.2.1 Programas para adultos mayores**

#### **2.2.2.1.1 Mayor hoy**

Programa español, que consiste en el desarrollo de una serie de talleres con el fin de empoderar y promover la prevención de la dependencia y mejorar el estado anímico de los adultos mayores. Estos talleres incluyen<sup>18</sup>:

- Realización de sendas y paseos de muy fácil nivel, con el objetivo de hacer ejercicio físico suave y generación de relaciones interpersonales entre personas mayores<sup>18</sup>.
- Taller de mindfulness: es habitual que las personas mayores desarrollen problemas de ansiedad, depresión y otros procesos psicológicos que merman su independencia. El mindfulness es una herramienta de carácter conductual que centra la atención en el presente, ayudando en los procesos mentales señalados<sup>18</sup>.
- Taller de prevención de deterioro cognitivo: consiste en técnicas para trabajar de forma eficaz la prevención del deterioro, combinando talleres con charlas sobre estimulación de funciones cognitivas y su evolución y estimulación de la memoria<sup>18</sup>.
- Taller de uso de nuevas tecnologías: es una herramienta adecuada para el desarrollo personal de las personas mayores, que les permite tener sensación de logro y estimulación de la memoria<sup>18</sup>.

#### **2.2.2.1.2 País de mayores**

Es el programa de prevención y promoción de la salud mental de las personas mayores en Chile. Consiste en un voluntariado que involucra a todas aquellas personas de la tercera edad que quieran entregar apoyo socioeducativo a niños y niñas de familias en situación de vulnerabilidad, fomentando, así, la participación comunitaria de las personas mayores y el desarrollo de relaciones intergeneracionales<sup>19</sup>.

#### **2.2.2.1.3 Programas de terapia asistida con animales**

El programa español tiene como objetivo prevenir la depresión causada por la soledad, y consiste en llevarle al paciente adulto mayor un perro a su residencia, sea en un asilo o en su casa. El perro debe haber sido seleccionado previamente por su temperamento<sup>20</sup>.

Durante la sesión está presente una persona auxiliar de la mascota (el dueño o el encargado de la dinámica), pero no interactúa ni con la mascota ni con la persona mayor. La mascota siempre debe tener la correa. La persona mayor puede acariciar, asear, pasear, hablar y jugar con la mascota. En todas las sesiones se debe utilizar el mismo animal<sup>20</sup>.

#### **2.2.2.1.4 Programas de terapia de humor**

Otro programa español enfocado en la salud mental de las personas mayores; este se desarrolla en una sala multiusos de la residencia o asilo y se establece un clima relajado y alegre<sup>20</sup>.

En la primera semana cada participante recibe un portafolio llamado “Mi colección feliz”, y debe ir rellenándolo con información: fotografías graciosas, chistes, anécdotas, entre otros. Los portafolios se revisan cada semana y se comparten los elementos graciosos que incluyeron<sup>20</sup>.

En las siguientes semanas se desarrolla la terapia de humor. Cada sesión comienza con un chiste y con la lectura de historias graciosas. Se les enseña a las personas mayores a dar prioridad al humor en su vida diaria, realizando ejercicios de risa y juegos, compartiendo historias graciosas para estimular la alegría<sup>20</sup>.

En la última semana, los portafolios se distribuyen entre todos los participantes, se pasan cuestionarios y se entrevista al grupo para conocer su experiencia<sup>20</sup>.

#### **2.2.2.1.5 Programa de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores o programa “Red de cuidado”**

Programa implementado por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). Entre varios objetivos de este programa costarricense, a nivel de salud física y social en general, se encuentran también intervenciones en la salud mental, como el reconocimiento del estrés, de la inestabilidad emocional, erradicación del abandono, abuso y maltrato en contra de las PAM, y así también establecer estrategias de apoyo a la familia<sup>3</sup>.

#### **2.2.2.1.6 Red Nacional de Clubes de Personas Mayores**

Proyecto de la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), que consiste en una serie de clubes especiales para adultos mayores como: cuentacuentos, literatura, ajedrez, Scrabble, teatro, guitarra, rondalla, baile folclórico o popular y coro. Clubes que pueden mejorar el estado de ánimo de las PAM, preservar sus habilidades motoras y mentales y, además, brindar sentido de pertenencia al compartir con más personas del mismo grupo etario<sup>3</sup>.

### **2.2.3 Derechos del adulto mayor**

A nivel legal, la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica decreta la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, donde se encuentra el artículo 3, que contiene los derechos para mejorar la calidad de vida<sup>21</sup>.

#### **ARTÍCULO 3.- Derechos para mejorar la calidad de vida**

Toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan<sup>21</sup>:

- a) El acceso a la educación, en cualquiera de sus niveles, y a la preparación adecuada para la jubilación.
- b) La participación en actividades recreativas, culturales y deportivas promovidas por las organizaciones, las asociaciones, las municipalidades y el Estado.
- c) La vivienda digna, apta para sus necesidades, y que le garantice habitar en entornos seguros y adaptables.
- d) El acceso al crédito que otorgan las entidades financieras públicas y privadas.
- e) El acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de atención, con el fin de que se vele por sus derechos e intereses, si se encuentra en riesgo social.
- f) La atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación.
- g) La pensión concedida oportunamente, que le ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales, haya contribuido o no a un régimen de pensiones.
- h) La asistencia social, en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- i) La participación en el proceso productivo del país, de acuerdo con sus posibilidades, capacidades, condición, vocación y deseos.
- j) La protección jurídica y psicosocial a las personas adultas mayores afectadas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial.
- k) El trato preferencial cuando efectúe gestiones administrativas en las entidades públicas y privadas.
- l) La unión con otros miembros de su grupo etario, en la búsqueda de soluciones para sus problemas.

#### 2.2.4 Enfermedades más comunes en el adulto mayor

Según la OPS, las enfermedades más comunes en la vejez en la Región de las Américas incluyen: pérdida de audición, cataratas y errores refractivos a nivel visual, dolor de espalda y cuello, osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, depresión, demencia y enfermedades vasculares como la isquémica del corazón y el accidente cerebrovascular<sup>15</sup>.

También, a medida que se envejece, aumenta la probabilidad de que ocurran múltiples enfermedades al mismo tiempo.

La vejez, además, se caracteriza por la aparición de varias condiciones de salud conocidas como síndromes geriátricos. Por lo general, son el resultado de varios factores subyacentes que incluyen fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes, Úlceras Por Presión (UPP), entre otros<sup>15</sup>.

**Tabla 1. Enfermedades más comunes en el adulto mayor**

Pérdida auditiva	Cataratas y errores refractivos	Lumbalgia y cervicalgia
Osteoartritis	EPOC	Diabetes mellitus
Depresión, demencia	Enfermedades vasculares: enfermedad isquémica del corazón y accidente cerebrovascular	Síndromes geriátricos: fragilidad, caídas, UPP, entre otros.

**Fuente: elaboración propia con base en la referencia<sup>15</sup>.**

### 2.2.5 Abordaje del adulto mayor en atención primaria

De acuerdo con lo estipulado en la Declaración de Alma-Ata, se define la Atención Primaria en Salud (APS) como<sup>22</sup>:

La atención sanitaria básica consiste en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, y mediante la plena participación de todos los individuos y familias de la comunidad y a un costo que la comunidad y el país puedan sufragar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con autorresponsabilidad y autodeterminación<sup>22</sup>.

Ortega describe, en la Revista Electrónica de Portales Médicos, cómo debe ser el abordaje del paciente adulto mayor desde la atención primaria, el cual consiste en lo siguiente<sup>22</sup>:

- Actividades de promoción
  - Consejería y educación

Proporciona al paciente el conocimiento, la motivación y las habilidades para promover cambios en el estilo de vida y asociarlos a factores que perjudican la salud, que puedan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y sus familias, así como el manejo de estos factores a través de la práctica del autocuidado, además de mantener un estilo de vida saludable, independencia, autonomía y evitar complicaciones<sup>22</sup>.
  
- Prevención de enfermedad en el adulto mayor

La prevención incluye un número importante de actividades preventivas destinadas a reducir el riesgo de aparición y la gravedad de la enfermedad y, así mismo, de mejorar el estado de salud de forma general<sup>22</sup>.

  - Medidas de prevención primaria

Consiste en prevenir la aparición de enfermedades previo a alcanzar la edad avanzada, mediante la eliminación o reducción de factores de riesgo<sup>22</sup>.

- Medidas de prevención secundaria

Su objetivo principal es lograr el diagnóstico y tratamiento tempranos de la enfermedad y/o sus complicaciones, antes de que comiencen los síntomas o pérdidas funcionales, lo que lleva a una disminución de la morbilidad y la mortalidad; por lo tanto, la detección periódica es de suma importancia en los pacientes de la tercera edad<sup>22</sup>.
- Medidas de prevención terciaria

Son las medidas que se realizan en los adultos mayores que ya han sido diagnosticados con enfermedades crónicas, para lograr mantener una buena capacidad funcional, prevenir lesiones y discapacidades, y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia<sup>22</sup>.
- Medidas de prevención cuaternaria

Su objetivo es evitar intervenciones médicas invasivas, con actividades que permitan identificar el riesgo de la polifarmacia, proporcionando intervenciones éticamente aceptables<sup>22</sup>.
- Prevención de fragilidad

El desarrollo e implementación de medidas, estrategias y programas de intervención promocionales y preventivos permiten la evaluación, detección y tratamiento temprano de la fragilidad en el anciano, por ser una enfermedad biológica reversible que causa efectos adversos a la salud<sup>22</sup>.

Vulnerabilidad ante factores estresantes, por el deterioro de los mecanismos fisiológicos debido a la edad o enfermedad, caracterizada por una pérdida progresiva de la capacidad homeostática y un alto riesgo de efectos adversos para la salud, en forma de morbimortalidad, hospitalización, caídas y discapacidad<sup>22</sup>.

La determinación de la fragilidad permite caracterizar el estado funcional y de salud para desarrollar estrategias e intervenciones preventivas que ayuden a reducir o retrasar la fragilidad<sup>22</sup>.

### **2.3 Período 2017 a 2022**

Período de estudio, que constituye los últimos seis años previos al año de inicio de realización del presente trabajo final de graduación, incluyendo la etapa de la pandemia por coronavirus (COVID-19) desde finales del año 2019 hasta el 2022.

### **2.4 Salud**

La Organización Mundial de la Salud definió en 1948 el concepto de salud y desde entonces no ha sido modificado; este consiste en que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>1</sup>.

También menciona que disfrutar al máximo de buena salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social<sup>1</sup>.

La salud de cada persona es un requisito fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la máxima cooperación de las personas y de los pueblos<sup>1</sup>.

Los logros y resultados alcanzados por cada gobierno, Estado, en la promoción y protección de la salud, son valiosos e importantes para todos. La desigualdad de los diversos países en relación con la promoción de la salud y el control de las enfermedades constituye una amenaza común<sup>1</sup>.

### **2.5 Salud mental**

La salud mental es más que solo la ausencia de trastornos mentales; específicamente, es definida por la OPS como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”<sup>23</sup>.

La salud mental es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta las capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que se vive. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico<sup>23</sup>.

Los padecimientos de salud mental en general incluyen trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales relacionados con un alto grado

de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas con dichas afecciones pueden ser más propensas a tener niveles más bajos de bienestar mental<sup>23</sup>.

A pesar de los múltiples esfuerzos que se puedan dar por parte de los profesionales de la salud, para una adecuada promoción de la salud mental, se requiere disposición y apoyo de personas adicionales, como lo son la familia o la comunidad que rodea al adulto mayor. A través de la sensibilidad, el respeto y un trato afectivo, se puede generar un cambio en la población geriátrica, con factores protectores para su salud mental<sup>23</sup>.

### **2.5.1 Historia de la salud mental**

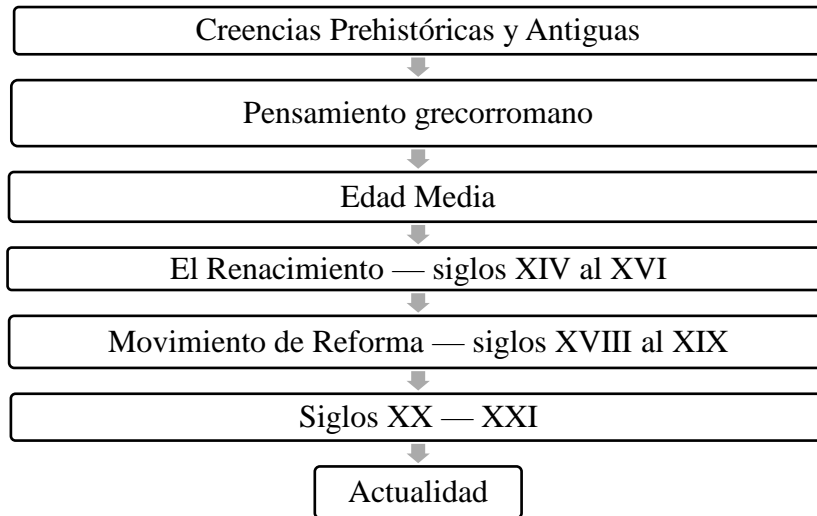
Según Bridley et al., lo que se considera como comportamiento anormal por lo general está determinado por la cultura y/o sociedad que rodea a una persona, y lamentablemente, debido a conceptos erróneos y al manejo incorrecto de las enfermedades mentales por parte de sociedades anteriores, los que han sido afectados no han sido tratados particularmente bien<sup>24</sup>.

Bridley et al. describen la historia de la salud mental por diferentes etapas, desde las creencias prehistóricas hasta la actualidad <sup>24</sup>.

Anteriormente, se creía que una persona que presentaba un comportamiento anormal era por causa de espíritus malignos o demonios. Conforme fue evolucionando el estudio de la ciencia y la mente, se logró determinar que en realidad eran enfermedades mentales que requerían tratamiento, tales como las enfermedades físicas y que no se relacionaban con eventos sobrenaturales<sup>24</sup>.

En la actualidad, con base en estudios científicos, se busca dar el tratamiento respectivo a cada trastorno mental y, a la vez, aumentar la educación del público sobre dichas enfermedades, y la importancia de una adecuada salud mental<sup>24</sup>.

**Gráfico 2. Etapas históricas de la salud mental**



**Fuente: elaboración propia basada en la referencia<sup>24</sup>.**

### **2.5.2 Salud mental en el adulto mayor de la Región de las Américas**

Durante años, el concepto de salud mental se consideró algo remoto o relevante solo para determinados grupos de personas. Sin embargo, este es un tema que afecta la salud general de todos y debería ser una preocupación universal, ya que su promoción y prevención es importante para toda la población<sup>25</sup>.

Las personas mayores por lo general pertenecen a grupos que no encajan exactamente en el modelo ideal de salud mental. Su vulnerabilidad está relacionada con el proceso normal de envejecimiento, que provoca daños en las capacidades físicas y mentales, debido a la acumulación de daño celular<sup>25</sup>.

Además, el proceso de abandono, la muerte de un ser querido o la falta de motivación los convierten en blancos fáciles de enfermedades mentales. Esto significa que la Persona Adulta Mayor (PAM) es una carga para la sociedad, tiene estigma y puede ser un obstáculo para el desarrollo y promoción de la salud general de las personas mayores<sup>25</sup>.

Según Padilla, se estima que más del 15% de las personas mayores de 60 años padecen algún tipo de trastorno mental o neurológico. Además, las enfermedades de dicha índole se relacionan con un 6,6% de las discapacidades de la población de edad mayor. Este deterioro

por enfermedad mental plantea un desafío para el sistema de salud y sus profesionales, para brindar la atención adecuada con el propósito de abordar estas condiciones<sup>25</sup>.

Un adulto mayor suele presentar mayor cantidad de enfermedades físicas, y no es raro que experimente tristeza o desánimo después de un ataque cardíaco o un diagnóstico de cáncer, o al intentar afrontar una enfermedad crónica como el dolor. Es posible que haya nuevos límites en lo que puede hacer y que se sienta estresado o ansioso por el resultado de su tratamiento o su futuro, además. Adaptarse a una nueva realidad y afrontar los cambios que conlleva un diagnóstico y un tratamiento continuo puede resultar difícil<sup>7</sup>.

### **2.5.3 Normalidad psíquica**

Definir y tratar el tema sobre la salud mental implica delimitar los ámbitos de la normalidad para, de esta manera, poder identificar el paso al ámbito de lo anómalo como indicativo de psicopatología<sup>26</sup>.

El concepto de normalidad incluye la calidad o condición de normal; por otro lado, el término normal, aplicado a la salud, se refiere a lo esperado en razón de la naturaleza por ser lo que es, cómo es y de dónde se deriva la norma. Por lo tanto, los conceptos de normal y normalidad en contexto de la salud mental tienen una estrecha relación con la naturaleza humana, con lo que la persona es: una unidad sustancial de materia y espíritu, de biología y psique, donde ambos aspectos se condicionan recíprocamente<sup>26</sup>.

Al hablar sobre lo que es normalidad se debe considerar siempre esa unidad inseparable. Esta premisa permite no confundir las imperfecciones y limitaciones con la enfermedad, ni etiquetar como normal lo que es enfermedad<sup>26</sup>.

#### **2.5.3.1 Criterios de normalidad**

Para poder delimitar y definir la distancia entre enfermedad y normalidad aplicados en salud mental, se exponen diferentes criterios de normalidad. Estos son complementarios y nunca excluyentes; ninguno es plenamente fiable por lo que ninguno es suficiente por sí solo<sup>26</sup>.

- a) Criterio estadístico: indica lo que está dentro de la media, lo que es propio de la mayoría, es decir, lo esperable de la población. Con respecto a la salud mental, este criterio es orientador, pero nunca definitivo. Evidentemente, no necesariamente lo propio de la mayoría es lo normal; eso lleva a pensar en la existencia de sociedades enfermas en las que la excepción es el sujeto mentalmente sano. Por ejemplo, manifestaciones colectivas de paranoia o depresión<sup>26</sup>.
- b) Criterio integrativo: indica el nivel de adaptación y participación en conjunto. En términos de salud mental, es aplicable tanto a la armónica integración de diversos aspectos de la actividad psíquica como a la del individuo en el contexto social. El desequilibrio entre las funciones psíquicas sugiere anormalidad, como es el caso de las personas marcadamente racionales (cerebrales y frías) o, por el contrario, las exageradamente afectivas (visceral y muy emotivas). Por su parte, los bajos grados de integración social suelen demostrar anormalidad, sin embargo, también su opuesto, como les podría ocurrir a las personas marcadamente dependientes, o en las situaciones sociales donde impera el pensamiento único<sup>26</sup>.
- c) Criterio funcional: la normalidad en el funcionamiento tiene siempre que hacer referencia a la naturaleza: no sería normal solo porque funciona bien sino en tanto que lo hace de acuerdo con su naturaleza<sup>26</sup>.
- d) Criterio subjetivo: define la normalidad desde las referencias personales, siendo esto equivalente a la percepción que se tiene de bienestar: es normal porque se siente bien. Cada vez se acepta más que la percepción subjetiva de bienestar no es criterio suficiente de salud, y que es necesario objetivar la normalidad para poder afirmar la salud. Esto es aún más importante en salud mental, ya que la conciencia de haber perdido la salud psíquica puede ser muy escasa o nula, como es el caso de la anorexia mental o la esquizofrenia, lo que convierte la objetivación de la salud mental en algo complejo<sup>26</sup>.

La salud mental puede definirse mejor utilizando todos estos criterios de manera conjunta, ya que cuantos más criterios haya a favor o en contra de la normalidad, se podrá delimitar de forma más adecuada. Sin embargo, puede resultar difícil definir esos límites

debido a la enorme carga subjetiva, pero para intentar solventar dicho problema es útil apoyarse en una serie de indicadores de normalidad<sup>26</sup>.

### **2.5.3.2 Indicadores de normalidad**

Cabanyes et al., en su libro sobre la salud mental y sus cuidados, mencionan que los indicadores de normalidad son el resultado de la observación de un individuo y de sus actitudes y acciones, que sugieren salud o enfermedad mental. A la vez, son aspectos clave de la promoción de la salud mental<sup>26</sup>.

De los indicadores más sugerentes se mencionan los siguientes<sup>26</sup>:

- a) Flexibilidad: adaptación al cambio en cuanto a pensamientos, sentimientos, actitudes o conductas. La falta de flexibilidad indica rigidez y su exceso inconstancia<sup>26</sup>.
- b) Eficiencia: capacidad de lograr los objetivos propuestos. Su déficit se asocia a problemas de salud mental o consecuencias sobre ella<sup>26</sup>.
- c) Sintonía: capacidad de identificar y actuar de acuerdo con las coordenadas del mundo que le rodea<sup>26</sup>.
- d) Armonía: equilibrio entre las diferentes funciones psíquicas y en cada una de ellas. Su término medio indica suficiente autocontrol y una adecuada estabilidad anímica<sup>26</sup>.
- e) Comunicación: suficientes recursos y estrategias para la interacción social, siendo capaz de escuchar y transmitir, aceptar y hacer valer<sup>26</sup>.
- f) Creatividad: capacidad de aportar algo nuevo a la propia vida que se manifiesta a través de la iniciativa, la imaginación, el desarrollo de alternativas, la búsqueda de otros ámbitos y la creación de vinculaciones<sup>26</sup>.

Estos indicadores muestran aspectos de la actividad psíquica del individuo, pero ni la abarcan por completo ni se agotan en ella. La suma de todos ellos puede servir de referencia para delimitar el ámbito de la normalidad en la actividad psíquica. Es importante tomar en cuenta que son indicadores y no marcadores de normalidad, y que no estarán todos en su grado óptimo, sino que las carencias de unos se compensarán con los excesos de otros<sup>26</sup>.

La clave de la adecuada interpretación de la normalidad en salud mental está en conjugar, de forma armónica e integrada, todos estos indicadores al partir del marco señalado por los criterios anteriormente descritos<sup>26</sup>.

#### **2.5.4 Condicionantes de la salud mental**

De acuerdo con Cabanyes et al., la salud mental tiene tres condicionantes importantes: la neurobiología, la personalidad y los factores ambientales. Todos ejercen condicionamiento sobre la salud mental en grados variables. Y lo hacen en diferente medida a lo largo del ciclo de vida y en las diversas situaciones en las que se encuentra el sujeto<sup>26</sup>.

De dichos condicionantes se describe lo siguiente<sup>26</sup>:

- a) Neurobiología: algunas enfermedades psíquicas como la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar o el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) tienen una gran carga neurobiológica que determina notablemente la salud mental. Para la enfermedad podría bastar una disfunción neurobiológica, mientras que para la salud es preciso contar con todos los condicionantes<sup>26</sup>.
- b) Personalidad: la personalidad puede favorecer o limitar la consolidación de la salud mental. Entre sus aspectos más implicados destacan la asertividad y la empatía, el estilo cognitivo y los esquemas de pensamiento, optimismo, extroversión, confianza y seguridad, decisión y paciencia, constancia y flexibilidad. Constituyen factores de salud mental en función del grado de estabilidad y consistencia que tengan<sup>26</sup>.
- c) Ambiente: según las características que tenga, puede ser favorecedor de la salud mental o condicionar riesgos para ella. Los factores ambientales más destacados son el ámbito familiar, las amistades, el trabajo y el entorno sociocultural<sup>26</sup>.

### **2.6 Trastornos mentales frecuentes en los adultos mayores de la Región de las Américas durante el período 2012 a 2022**

Gálvez et al. mencionan en su artículo “Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática” que las personas de la tercera edad corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de

sustancias ilegales o legales, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que el ser humano envejece aumentan las probabilidades de padecer varias afecciones al mismo tiempo<sup>27</sup>.

Según el Informe mundial sobre envejecimiento y salud, se calcula que la proporción de personas de la tercera edad casi se duplicará para el año 2050 a nivel mundial, pasando de 12 a 22%<sup>27</sup>.

En la Región de las Américas, según las proyecciones más recientes de las Naciones Unidas, la tendencia al crecimiento de la proporción de personas mayores se intensificará en los próximos años. Actualmente, las personas de 60 años o más suman alrededor de 85 millones y representan el 13% de la población total de la región. Se calcula que para el año 2050 ese grupo llegará a los 190 millones de personas, y pasará del 13 al 25% de la población regional<sup>5</sup>.

Por lo tanto, se estima que los problemas asociados al envejecimiento poblacional, tanto físicos como mentales, deben ir aumentando progresivamente<sup>27</sup>.

Aproximadamente un 15% de las personas mayores de 60 años padecen algún trastorno mental o neurológico (excluidas las cefaleas), y se cree que el 6,6% de las discapacidades en este grupo de edad son atribuibles a trastornos mentales y neurológicos del sistema nervioso, como demencia, depresión, y el síndrome confusional agudo<sup>27</sup>.

Gálvez et al. mencionan, en su artículo, que la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de edad. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de los adultos mayores, y los problemas de abuso de sustancias psicotrópicas ocurren en casi el 1%. De manera similar, alrededor de una cuarta parte de las muertes por lesiones autoinfligidas ocurren en personas de 60 años o más<sup>27</sup>.

El problema del abuso de sustancias psicotrópicas en los adultos mayores a menudo se pasa por alto, o se diagnostica erróneamente. Además de las fuentes comunes de estrés que todo el mundo enfrenta, muchos adultos mayores sufren de movilidad limitada, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos que requieren atención a largo plazo, lo que les impide vivir de forma independiente<sup>27</sup>.

Sumado a lo anterior, experiencias como el duelo por la muerte de un ser querido y la disminución del estatus socioeconómico, debido a la jubilación o la discapacidad, son más comunes entre los adultos mayores. Todos estos factores pueden provocar aislamiento, pérdida de independencia, sentimientos de soledad y estrés<sup>27</sup>.

La salud mental afecta la salud física y viceversa. Las personas mayores con afecciones médicas, como enfermedades cardíacas, tienen más probabilidades de sufrir depresión que aquellas sin problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y enfermedades cardíacas en adultos mayores puede empeorarlas<sup>27</sup>.

Las personas de edad avanzada también son vulnerables al abuso físico, sexual, psicológico, emocional, económico y material, al abandono, a la falta de atención y a una pérdida grave de dignidad y respeto. Todas las causas anteriores provocan ansiedad y depresión en las personas mayores; son enfermedades comunes en este grupo de edad<sup>27</sup>.

La vejez puede ser el momento más vulnerable emocionalmente para las personas, no solo en términos de sus emociones, sino también de su estado físico y alerta social. Dependiendo de las características de la personalidad de un individuo, existe una tendencia a temer el fracaso y la decepción, que está influenciada por la falta de comunicación y sociabilidad, y empeora con el tiempo. Por este motivo, las actividades físicas y de ocio son de suma importancia para las personas mayores<sup>27</sup>.

A medida que las personas envejecen, experimentan cambios físicos, psicológicos y sociales. Practicar actividad física es fundamental para mantener y mejorar la salud y el bienestar general. Realizar actividades físicas especiales no solo controla las emociones, sino que también suprime las emociones negativas, ya que es un excelente agente antiestrés<sup>27</sup>.

De manera resumida, entre los trastornos mentales más frecuentes que se encuentran en los adultos mayores se pueden describir los siguientes:

a) Demencia

La demencia es una enfermedad neurocognitiva que impacta negativamente la calidad de vida e independencia funcional. Una revisión sistemática reportó que la prevalencia en adultos mayores latinoamericanos es 11%<sup>28</sup>.

Los procesos demenciales representan una parte importante de la carga de enfermedad en el grupo de personas mayores, que conlleva una reducción de su calidad de vida y una sobrecarga familiar, debido a la dependencia y la atención que demandan sobre el sistema de salud<sup>29</sup>.

Clínica:

Es un síndrome que involucra el declive de funciones cognitivas como<sup>30</sup>:

- La memoria
- El lenguaje
- El pensamiento
- La atención
- El cálculo, entre otras.

Se acompaña de<sup>30</sup>:

- Pérdida del control emocional
- Cambios en la personalidad
- Cambios en la habilidad de llevar a cabo actividades cotidianas.

Etiología:

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10ª revisión (CIE – 10) la demencia puede ser primaria, como en enfermedades o daños que afectan directamente al cerebro, o secundaria, como en enfermedades sistémicas y trastornos que comprometen de entre varios órganos, al cerebro<sup>31</sup>.

La demencia se divide en primaria y secundaria, de acuerdo con su etiología<sup>31</sup>.

La demencia primaria puede tener múltiples causas, algunas de las cuales son irreversibles, como, por ejemplo: la enfermedad de Alzheimer (EA) y el accidente cerebrovascular. Ambas causas implican más del 60% de los casos, pero la enfermedad de Alzheimer es probablemente la causa más conocida de demencia y, en menor medida, la demencia frontotemporal y la demencia con cuerpos de Lewy<sup>30</sup>.

Entre las causas de la demencia secundaria se encuentran: alteraciones vasculares y del colágeno, medicamentos, tóxicos, traumatismos craneales, infecciones bacterianas, virales, hongos o por priones. También se han visto demencias causadas por hidrocefalia normotensiva, asociadas a carcinomas, de origen endocrino-metabólico, entre otros<sup>31</sup>.

b) Enfermedad de Alzheimer (EA):

La CIE-10 la define como una demencia degenerativa primaria<sup>31</sup>.

La enfermedad de Alzheimer puede clasificarse según su forma de inicio en aguda, subaguda y crónica, a su vez puede evolucionar de forma progresiva, fluctuante, escalonada, estacionada, entre otras<sup>32</sup>.

Rodríguez menciona que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, caracterizada por el depósito anormal en el cerebro de dos proteínas: la proteína  $\beta$  amiloide, relacionada con las placas amiloideas; y la proteína tau, relacionada con el cambio u ovillo neurofibrilar<sup>33</sup>.

Los estudios epidemiológicos en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) y en familias indican que el 40% del riesgo de EA en la población se explica por factores genéticos<sup>33</sup>.

Clínica:

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno que suele ser progresivo y lento, afecta la memoria episódica y genera otros síntomas corticales como afasia, apraxia y agnosia, trastornos del juicio, así como síntomas conductuales que afectan la actividad funcional diaria del paciente<sup>33</sup>.

Las dificultades en el lenguaje son comunes en la enfermedad de Alzheimer, desde olvidar nombres hasta la disminución de la fluidez verbal, que puede llevar al mutismo en etapas avanzadas<sup>33</sup>.

El individuo experimenta dificultades visoespaciales, como perderse en lugares conocidos, encontrar su auto o manejar. También tiene problemas para calcular y para llevar a cabo tareas ejecutivas, como planificar actividades o manejar finanzas. Además, muestra dispraxia al vestirse, cocinar u realizar otras actividades domésticas<sup>33</sup>.

Según el artículo “Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento”, escrito por Rodríguez, dos tercios de los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan uno o más síntomas no cognitivos o conductuales en su evaluación inicial, y su incidencia aumenta a medida que la enfermedad progresa<sup>33</sup>.

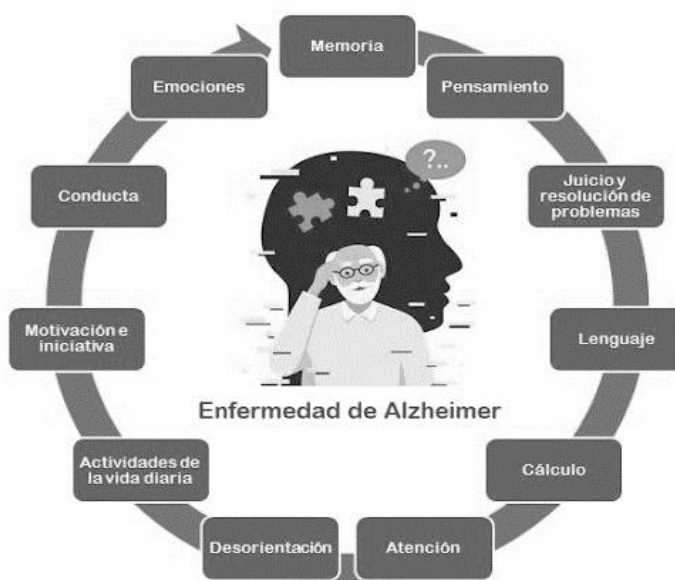
En los estadios iniciales, la apatía y la pérdida de iniciativa son comunes, mientras que alrededor del 30% de los pacientes experimentan síntomas depresivos, como pérdida de apetito, insomnio, llanto, ansiedad y fobias. Estos síntomas se manifiestan como preguntas constantes sobre el futuro y miedo a estar solos, al interactuar con otros grupos de personas o al viajar fuera de casa<sup>33</sup>.

A medida que la enfermedad progresa a estadios moderados y severos, se observan síntomas conductuales adicionales en pacientes, como la ideación paranoide, la confusión sobre su entorno, la desconfianza hacia quienes los cuidan y errores de identificación<sup>33</sup>.

En etapas más avanzadas, los pacientes pueden experimentar agitación, agresividad, alucinaciones, vagabundeo y actividad repetitiva sin propósito. Estos síntomas pueden desarrollarse en hasta un 75% de los pacientes<sup>33</sup>.

El Alzheimer puede manifestarse distintamente según el área afectada en la mente.

**Figura 2. Áreas afectadas por la enfermedad de alzheimer**



**Fuente: imagen tomada de la referencia<sup>34</sup>.**

### c) Depresión

La depresión en los pacientes mayores es una patología muy frecuente, que se asocia a comorbilidades, uso excesivo de recursos en salud, suicidio e incluso mortalidad; generalmente está subdiagnosticada y subtratada<sup>35</sup>.

Se conoce como “late-life *depression*” a la depresión en personas mayores de 60 años, la cual consta de dos tipos<sup>35</sup>:

- Depresión de inicio temprano: inicia antes de los 60 años, y se presenta como depresión recurrente o crónica.
- Depresión de inicio tardío: parte después de los 60 años y se asocia a más cambios a nivel neurológico (neuroimágenes, test neuropsicológicos) y demencia.

Es normal tener sentimientos temporales de tristeza, pero si estos y otros síntomas duran más de un par de semanas, es posible que la PAM experimente depresión. La depresión afecta su capacidad para seguir con su vida diaria y disfrutar de la familia, los amigos, el trabajo y los momentos de esparcimiento. Los efectos de la depresión en la salud van más allá del estado de ánimo: esta es una enfermedad médica grave con muchos síntomas, incluidos los físicos<sup>7</sup>.

Los pacientes depresivos de edad avanzada tienen mayor mortalidad, mayor riesgo suicida, mayor riesgo de recurrencia de depresión, más demencia, peor evolución en comorbilidades, mayor discapacidad y menor calidad de vida, más consultas ambulatorias y de urgencia, hospitalizaciones más prolongadas, mayor riesgo de consumo de fármacos, alcohol y drogas. Debido a todos los riesgos que conlleva, es de gran importancia realizar un diagnóstico oportuno<sup>35</sup>.

Los mismos factores que aumentan el riesgo de depresión en personas conocidas sanas también lo aumentan en personas con otras enfermedades médicas, especialmente si son crónicas. Estos factores incluyen antecedentes personales o familiares de depresión o familiares que se han suicidado<sup>7</sup>.

Sin embargo, algunos factores de riesgo de depresión están directamente relacionados con el hecho de padecer otra enfermedad. Por ejemplo, afecciones como la enfermedad de

Parkinson y los accidentes cerebrovasculares provocan cambios en el cerebro. En ciertos casos, estos cambios pueden desempeñar una función directa en la depresión<sup>7</sup>.

Debido a la asociación entre la salud física y la mental, existen diversas enfermedades médicas que pueden exacerbar los síntomas de la depresión, y entre ellas se encuentran las siguientes:

**Tabla 2. Enfermedades crónicas asociadas a la depresión**

Enfermedad de Alzheimer
Enfermedades autoinmunitarias
Cáncer
Enfermedad coronaria
Diabetes mellitus
Epilepsia
VIH/SIDA
Hipotiroidismo
Esclerosis múltiple
Enfermedad de Parkinson
Accidente cerebrovascular

**Fuente: Elaboración propia con base en la referencia<sup>7</sup>.**

Los síntomas de depresión asociados a enfermedades médicas pueden disminuir a medida que el paciente se acostumbra a la enfermedad o recibe tratamiento. Algunos medicamentos utilizados para tratar otras enfermedades también pueden provocar depresión<sup>7</sup>.

Por esta razón, un enfoque de atención colaborativa que incluya atención de salud física y mental puede mejorar la salud general<sup>7</sup>.

Tratar la depresión con medicamentos, psicoterapia (a veces llamada "terapia de conversación") o una combinación de ambas también puede ayudar a mejorar los síntomas físicos de una enfermedad crónica, o reducir el riesgo de problemas futuros. De manera similar, tratar enfermedades crónicas y controlar los síntomas puede ayudar a reducir los síntomas de la depresión<sup>7</sup>.

La CIE-10 manifiesta que el trastorno depresivo incluye episodios de depresión agitada, depresión mayor, depresión psicógena, reactiva, vital, reacción depresiva, entre

otros. A su vez, puede clasificarse según la gravedad en: leve, moderada y grave con o sin síntomas psicóticos. Y su remisión se clasifica como parcial o completa<sup>31</sup>.

Existen ciertas particularidades en la forma en que se presenta la depresión<sup>35</sup>:

- Son menos frecuentes las consultas por ánimo disminuido.
- Con mayor frecuencia consultan por síntomas físicos o cognitivos, irritabilidad o ansiedad.
- Los síntomas suelen ser atribuidos a otras patologías, parte del envejecimiento o demencia.

Es importante, además, explorar distintos ámbitos durante la evaluación clínica<sup>35</sup>:

**Tabla 3. Ámbitos por explorar durante la evaluación clínica de depresión**

PSIQUIÁTRICO	MÉDICO	SOCIAL	FAMILIAR
-Diagnósticos y tratamientos previos -Ideación suicida -Antec. intento suicida -Abuso de sustancias -Problemas de memoria -Síntomas psicóticos	-Comorbilidades -Dolor crónico -Fármacos/polifarmacia -Adherencia a tratamientos -Insomnio	-Estresores o pérdidas recientes -Red de apoyo social (aislamiento social) -Acceso a armas	-Patología psiquiátrica -Suicidio -Demencia

**Fuente: tabla tomada de la referencia<sup>35</sup>.**

Factores de riesgo de depresión en el adulto mayor:

- Demográficos:

La proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres, especialmente en viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana<sup>36</sup>.

- Biológicos:
  - Enfermedad orgánica
  - Deterioro funcional
  - Deterioro cognitivo:
  - Insomnio

- Sociales:

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor, ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede, además, influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida<sup>36</sup>.

La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socioeconómica. Calderón, en una revisión reciente, encontró que la depresión es más frecuente y grave en adultos mayores con menor calidad de vida<sup>36</sup>.

- Económicos:

La situación económica puede influir en gran medida en el estado de ánimo de las personas; es más probable que la persona con bajos ingresos económicos se encuentre triste, y esto se aplica a todas las edades<sup>36</sup>.

Las circunstancias económicas pueden ser importantes determinadores de la satisfacción y el estado de ánimo de la vida, no solo por la situación objetiva, sino también por su interpretación subjetiva. Lo que para una persona puede ser una quiebra financiera para otra persona puede no serlo; por tanto, la situación económica y la satisfacción con la vida deben considerarse al abordar al paciente deprimido<sup>36</sup>.

#### Suicidio en el adulto mayor:

El suicidio es un acto o conducta asociada al trastorno depresivo, y se define como el acto de quitarse la vida con intencionalidad y conocimiento de su letalidad. Es un fenómeno complejo que resulta de la interacción de diversos factores ambientales, sociales, genéticos, biológicos y psicológicos<sup>37</sup>.

En la población general, la depresión sin tratar se asocia a suicidio, y la población mayor de 65 años es un grupo vulnerable, ya que tiene un riesgo 1.5 veces mayor de cometerlo, en comparación con los jóvenes, debido a los desafíos del envejecimiento y sus cambios, que predisponen a conductas suicidas en caso de fracaso<sup>37</sup>.

Alrededor de una cuarta parte de las muertes por lesiones autoinfligidas ocurren en personas de 60 años o más<sup>27</sup>.

Según un informe del Ministerio de Salud de Chile, tanto en este país como en el resto de la Región de las Américas, el grupo de personas de la tercera edad que presenta las más elevadas tasas de suicidio es el de las 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 las personas mayores de 80 años, llegando a 15,1 por 100.000, con una tasa de 38,7 por 100.000 en varones<sup>19</sup>.

De acuerdo con Vargas et al., en Costa Rica las tasas de suicidio aumentan con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, las mujeres son las que más intentos suicidas cometen, a pesar de que los hombres tienen una mayor tasa de suicidios. Esto se debe a que la depresión en las mujeres es reconocida y tratada más fácilmente<sup>37</sup>.

La conducta suicida en adultos mayores es más letal debido a los métodos utilizados, la falta de señales de su intención suicida y la determinación de morir, pero la historia de conducta suicida previa es menos común, en comparación con grupos etarios más jóvenes<sup>37</sup>.

La mayoría de las muertes por suicidio están asociadas a eventos estresantes, especialmente para los adultos mayores, como el duelo por la muerte de un ser querido, o la ruptura de relaciones familiares u otras fuentes de apoyo<sup>37</sup>.

**Tabla 4. Factores de riesgo y protectores de conducta suicida en adulto mayor**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores protectores</b>
Conducta suicida previa y presencia de ideación suicida	Hábitos de vida saludables
Trastornos mentales y adicciones	Contacto con la familia y amigos
Trastornos y rasgos de personalidad	No consumo de alcohol
Enfermedad física	Mantenerse activo
Apoyo vital	Práctica religiosa y sentimiento de tener un propósito en la vida
Eventos vitales estresantes	Extroversión, apertura a la experiencia, responsabilidad
Déficit funcional	Percepción de autoeficacia.
	Orientación al futuro y espiritualidad

**Fuente: tabla tomada de la referencia<sup>36</sup>.**

Los intentos de suicidio previos son el factor de riesgo individual más importante para el suicidio consumado, y están relacionados con altos niveles de desesperanza que persisten después de que la depresión remite en PAM<sup>37</sup>.

En cuanto a los fármacos y su relación con conductas suicidas, los antidepresivos y antipsicóticos no aumentan el riesgo de suicidio una vez que se ha tratado el trastorno subyacente, ya sea afectivo, de ansiedad o psicótico. Sin embargo, los sedantes e hipnóticos sí se asocian con un mayor riesgo de suicidio, incluso después de que la condición inicial por la que fueron recetados haya sido resuelta<sup>37</sup>.

#### d) Ansiedad

La ansiedad, según Martínez et al., se considera como una respuesta adaptativa que conlleva a un estado de agitación e inquietud desagradable; se caracteriza por la anticipación de un peligro real, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos que provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo<sup>38</sup>.

La ansiedad se puede presentar de dos formas: como física-somática y como aquella en la que se presentan síntomas cognitivos y afectivos<sup>38</sup>.

La ansiedad normalmente se asocia con ciertos sucesos estresantes externos, principalmente en los adultos mayores que padecen enfermedades crónico-degenerativas y trastornos cognitivos afectivos, pero que se ven como propios del proceso de envejecimiento; esto deteriora la salud general del paciente, aun en aquellos que no tienen ningún problema de salud<sup>38</sup>.

En una recopilación de estudios realizada por Martínez et al., se encontró que los adultos mayores presentan una prevalencia de ansiedad de 8 a 15%<sup>38</sup>.

Clínica:

Los síntomas de ansiedad suelen ser similares a los de depresión o de los trastornos del sueño, por lo que puede llegar a ser un tanto complicado diferenciarla correctamente. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran los siguientes<sup>39</sup>:

- Preocupación excesiva
- Irritabilidad

- Insomnio
- Alteración del sueño
- Fatiga
- Estado de ánimo deprimido
- Anhedonia.

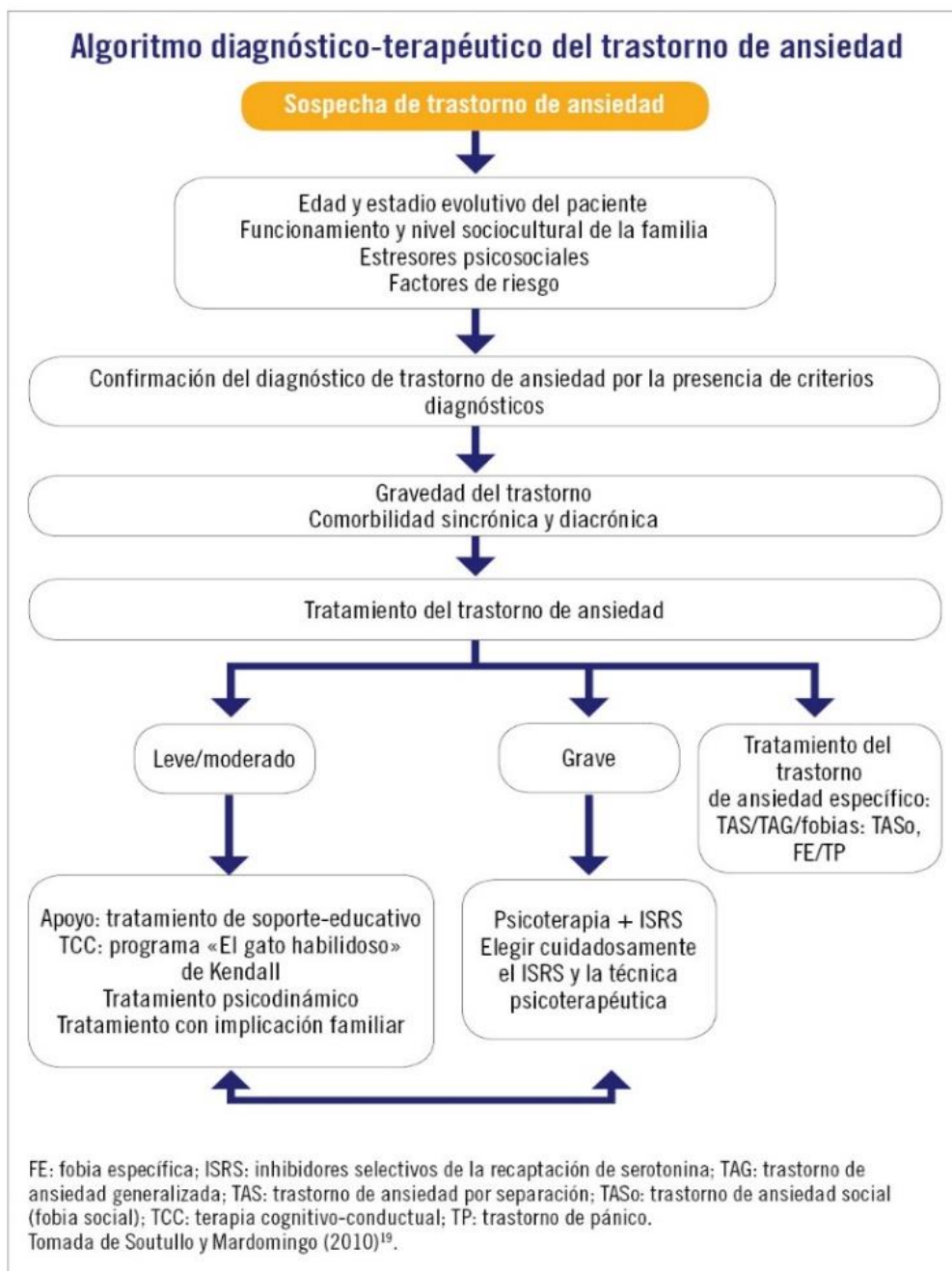
Existen algunos criterios diagnósticos brindados por el DSM-5, que corresponde a la Asociación de Psiquiatras Americanos, y por la CIE-10, utilizada por la OMS<sup>40</sup>.

**Tabla 5. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad**

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico*
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relacionados con el hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en la preocupación, el malestar psicológico subjetivo, el rechazo a quedarse solo en casa o a desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o la presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras vinculares o su anticipación	El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes; duran al menos 4 semanas en niños y adolescentes, y típicamente 6 o más meses en adultos
Trastorno de ansiedad generalizado	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y difíciles de controlar sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica	La ansiedad o la preocupación deben estar presentes la mayoría de los días durante un mínimo de 6 meses
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación con una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores	Especificación: únicamente relacionada con la actuación o ejecución (en el caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o una situación específicos, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo o ansiedad	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: animal, entorno natural, sangre-herida-inyecciones, situacional... El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses

**Fuente: imagen tomada de la referencia<sup>41</sup>.**

**Figura 3. Algoritmo diagnóstico-terapéutico del trastorno de ansiedad**



**Fuente: imagen tomada de la referencia<sup>41</sup>.**

e) Trastornos del sueño

El sueño es una función biológica crucial para la mayoría de los seres vivos, ya que durante este se llevan a cabo procesos importantes, como la conservación de energía, la

regulación metabólica, la consolidación de la memoria y la eliminación de sustancias de desecho<sup>42</sup>.

Los estudios sugieren un aumento en la frecuencia de trastornos del sueño a nivel global, siendo los adultos mayores un grupo vulnerable y frecuente en consulta por este motivo<sup>42</sup>.

El sueño tiene un gran impacto en la vida de las personas, afectando su rendimiento laboral, relaciones interpersonales y seguridad vial, entre otros aspectos<sup>42</sup>.

Los ancianos están en riesgo de una variedad de trastornos del sueño, que van desde el insomnio hasta las alteraciones del ritmo circadiano<sup>43</sup>.

Entre los trastornos del sueño más comunes en las PAM se encuentra el insomnio, especialmente en mujeres y aquellos con otras condiciones de salud. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de las molestias del sueño en el adulto mayor son todo un reto; esto se debe a que a menudo se pasa por alto por los médicos generales, lo que resulta en un tratamiento inadecuado, debido a un enfoque centrado en la enfermedad en lugar de la persona<sup>42</sup>.

Lo anterior puede contribuir a la disminución de la funcionalidad en la vida de los adultos mayores<sup>43</sup>.

El insomnio es un término utilizado para un sueño insuficiente o no restaurador, que comprende<sup>43</sup>:

- Dificultad para iniciar, mantener el sueño o despertar temprano.
- Las alteraciones producen un déficit en la función diaria.
  - Fatiga o malestar general.
  - Deterioro de la memoria, concentración o atención.
  - Pobre desempeño escolar, social o profesional.
  - Cambios en el estado de ánimo.
  - Somnolencia diurna.
  - Disminución de la motivación, energía e iniciativa.
  - Propensión a errores y accidentes.
  - Tensión, cefalea, síntomas gastrointestinales.
  - Preocupación por el sueño.

- Las dificultades para dormir se presentan, a pesar de tener las circunstancias y oportunidades adecuadas para dormir.

Tipos de insomnio según duración:

- **Insomnio a corto plazo:**  
Es el insomnio de ajuste, también conocido como insomnio agudo relacionado con estrés pasajero; se presenta en los últimos tres meses como un factor independiente para el paciente. Por lo general, se corrige al desaparecer el factor estresante que lo produce, o cuando el paciente se ha adaptado a él<sup>42</sup>.
- **Insomnio crónico:**  
Se presenta cuando los síntomas ocurren al menos tres veces por semana durante tres meses o más, y no están relacionados con problemas para dormir o un ambiente inadecuado. Se incluye una latencia de sueño de 30 minutos o más, o períodos de vigilia de 30 minutos o más en adultos mayores. La queja del despertar temprano se debe a la terminación del sueño 30 minutos antes de lo deseado<sup>42</sup>.
- **Otros tipos:**  
Incluyen las quejas para iniciar o para mantener el sueño que no llenan los criterios anteriores<sup>42</sup>.

En el adulto mayor sano, hay cambios en la arquitectura del sueño que aumentan la probabilidad de padecer insomnio, en comparación con el adulto joven. Según Cepero et al., entre esos cambios se encuentran los siguientes<sup>42</sup>:

- La latencia de inicio del sueño es más prolongada (retraso para conciliar).
- El tiempo total y la eficiencia del sueño se reducen.
- El sueño es fragmentado por el incremento de microdespertares.
- La etapa de sueño ligero (fases I y II) se incrementa.
- La fase de sueño profundo o de ondas lentas (fase III) disminuye.
- La duración del sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) tiende a conservarse.

- El adulto mayor suele pasar más tiempo en cama, y esto provoca la percepción falsa de “no dormir lo suficiente”.
- Hay cambios fisiológicos en el ritmo circadiano, que hacen que el adulto mayor vaya a la cama temprano y se despierte temprano.
- Hay un incremento de siestas o de cansancio diurno, lo que impide un sueño continuo en la noche.

Existen otros trastornos primarios del sueño en el adulto mayor, como el Síndrome de Movimientos Periódicos de Extremidades durante el Sueño (SMPES) y el Síndrome de Piernas Inquietas (SPI), que se caracterizan por movimientos anormales de las extremidades antes y durante el sueño, afectando su calidad<sup>42</sup>.

#### Etiología:

El insomnio es un problema complejo que puede tener múltiples causas, por lo que es importante considerarlas todas para un manejo integral. Algunos factores para tener en cuenta incluyen la mala higiene del sueño, el envejecimiento, la jubilación, los problemas de salud, la hospitalización reciente, la pérdida de seres queridos, los cambios en el ritmo circadiano y el uso inadecuado de medicamentos y sustancias como café, tabaco o alcohol<sup>42</sup>.

Los cambios en los patrones de sueño son comunes durante el envejecimiento, pero también pueden estar asociados con problemas de salud diferentes a los propios del envejecimiento<sup>42</sup>.

Los trastornos afectivos, como la ansiedad y la depresión, son la causa secundaria más común de insomnio en adultos mayores, aunque a menudo se subestima su importancia como factor desencadenante. La polifarmacia también juega un papel importante en el inicio o perpetuación del insomnio, y desafortunadamente, los medicamentos a menudo se pasan por alto como causa<sup>42</sup>.

Los estilos de vida pueden afectar la calidad y cantidad de sueño en personas de este grupo de edad. Factores como la falta de actividad física, siestas excesivas, acostarse temprano o usar la cama para otras actividades, cenas pesadas, condiciones ambientales como ruido, luz, temperaturas extremas, poca exposición al sol y una cama incómoda pueden influir en el sueño<sup>42</sup>.

Algunas enfermedades pueden causar trastornos del sueño, debido a la enfermedad en sí o al tratamiento farmacológico, lo que altera los patrones de sueño y provoca insomnio. Las enfermedades neurológicas son las más comunes en causar insomnio, seguidas de las respiratorias, gastrointestinales, las que provocan dolor y las cardiovasculares<sup>42</sup>.

**Tabla 6. Enfermedades que causan alteración del sueño**

<b>Alteraciones neuropsiquiátricas</b>	<b>Alteraciones médicas</b>	<b>Trastornos del sueño distintos al insomnio</b>
Depresión	Insuficiencia cardíaca congestiva	Síndrome de piernas inquietas
Trastornos de ansiedad	Cardiopatía isquémica, angina nocturna	Movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño
Reacciones de pérdida o duelo	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Trastornos respiratorios del sueño (apnea, hipopnea, asfixia, etc.)
Alcoholismo	Enfermedad renal crónica y uremia	Trastorno del ciclo circadiano del sueño
Estrés postraumático	Cáncer y quimioterapia	Otras parasomnias
Abuso de sustancias	Reflujo gastroesofágico	Mala higiene del sueño
Enfermedad de Alzheimer	Diabetes mellitus	Fenómeno del atardecer (Sundowning)
Enfermedad de Parkinson	Hipertiroidismo	Epilepsia nocturna
Neuropatía periférica (dolor)	Hiperplasia prostática	
Evento vascular cerebral	Nicturia e incontinencia urinaria	
Traumatismo craneoencefálico	Síndrome de fatiga crónica	
Cefalea (migraña, racimos, etc.)	Polimialgia reumática	
Tumores cerebrales	Osteoartritis, artritis reumatoide	
	Dolor crónico de diferentes idoles	

**Fuente: tabla tomada de la referencia<sup>42</sup>.**

El insomnio también puede ser causado por alteraciones en el ritmo circadiano del sueño; esto se produce cuando el ciclo sueño-vigilia es alterado como, por ejemplo, al tratar de mantenerse despierto cuando el cuerpo necesita dormir, o intentar dormir cuando el cuerpo necesita estar despierto. Los adultos mayores tienden a dormirse antes y despertarse temprano a medida que envejecen, lo que los puede llevar a sentir que no duermen lo suficiente<sup>42</sup>.

Las alteraciones en el sueño en adultos mayores tienen considerables consecuencias, ya que pueden desencadenar episodios depresivos, aumentar la frecuencia de caídas, empeorar el funcionamiento cognitivo, enlentecer las respuestas motoras y disminuir la calidad de vida<sup>42</sup>.

#### f) Trastornos bipolares

El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno mental grave, que afecta a más del 1% de la población mundial. También es conocido como enfermedad maniaco-depresiva, es un

trastorno de carácter crónico y recurrente. Además, es la causa de una importante discapacidad y mortalidad en la Región de las Américas<sup>44</sup>.

El cuadro clínico varía mucho en cada caso: algunos episodios cuentan con fluctuaciones leves o moderadas del estado de ánimo, que son compatibles con una funcionalidad y una calidad de vida altas, mientras que otros evolucionan hacia episodios depresivos o maníacos graves; los primeros pueden conducir al suicidio y los últimos pueden dar lugar al fallecimiento, a discapacidades o a la ruina socioeconómica si no se tratan<sup>44</sup>.

La manía y la depresión representan polos opuestos del espectro del estado de ánimo, del cual se acuña la depresión unipolar (donde solo está presente el polo deprimido o bajo) y la depresión bipolar (donde ambos polos están consistentemente presentes). La aparición simultánea de manía y depresión se denomina estado de ánimo mixto<sup>45</sup>.

Se considera que un paciente es ciclador rápido cuando experimenta oscilaciones rápidas entre manía y depresión<sup>45</sup>.

Además de la alteración del estado del humor, en el TB también se pueden observar, en mayor o menor medida, alteraciones de la emoción, del pensamiento, cambios recurrentes en los niveles de energía y el comportamiento. También, es común la aparición de síntomas cognitivos, como la alteración del tiempo de reacción, la disfunción ejecutiva o la afectación de la memoria verbal o visual<sup>45</sup>.

Este trastorno representa un deterioro funcional y cognitivo que se asocia con una mayor mortalidad, principalmente por suicidio y enfermedades cardiovasculares, y así también con una reducción significativa de la calidad de vida<sup>45</sup>.

Hasta la fecha se desconoce la etiología exacta del TB. Aunque se considera uno de los trastornos psiquiátricos con mayor componente genético debido a su gran carga genética, la evidencia de los estudios de interacciones gen-ambiente hace que el modelo multifactorial sea actualmente el modelo etiológico más aceptado<sup>45</sup>.

En varios estudios de familias y gemelos, se ha dejado en evidencia el impacto de factores genéticos en la susceptibilidad de presentación del TB, proponiendo, así, una complejidad genética y fenotípica del trastorno<sup>45</sup>.

Manifestaciones clínicas:

- Episodios de manía:

Los pacientes con un episodio maníaco experimentan una exaltación o elevación significativa del estado de ánimo, junto con un aumento de energía y actividad llamada activación<sup>45</sup>.

También suelen presentar característicamente un aumento de autoestima y sentimientos de grandiosidad. En algunas ocasiones, en lugar de presentar euforia, presentan excesos de irritabilidad<sup>45</sup>.

Los pacientes suelen notar una menor necesidad de descanso nocturno y un aumento de conductas expansivas, a menudo acompañadas de desinhibición conductual<sup>45</sup>.

El habla en estos pacientes suele verse afectada, generalmente con acentuación de las palabras, logorrea y taquifasia<sup>45</sup>.

A medida que la manía se intensifica, es posible que se pierdan las conexiones gramaticales, y puede aparecer un nuevo discurso, o hacerse evidente la fuga de ideas experimentada por el paciente<sup>45</sup>.

- Episodios de hipomanía

En un episodio hipomaníaco, los síntomas maníacos son menos intensos y de menor duración. En comparación con los pacientes maníacos, suelen mantener el juicio de la realidad conservado<sup>45</sup>.

Los síntomas mixtos, pertenecientes a distintos polos de la enfermedad, son muy comunes durante el curso del TB, incluso durante los episodios agudos<sup>45</sup>.

Se pueden observar cambios en ciertas áreas de funcionamiento en pacientes que sufren un episodio hipomaníaco, pero generalmente no son lo suficientemente fuertes como para causar un deterioro grave u hospitalización<sup>45</sup>.

En casos de hipomanía, el desempeño y funcionamiento ocupacional pueden aumentar o mejorar temporalmente, debido al aumento de la productividad y la mejora del estado de ánimo<sup>45</sup>.

A menudo, los estados de hipomanía preceden a un episodio maníaco o depresivo, generando quejas por parte de los familiares que presencian el desenlace. Por todo ello, es importante una exploración clínica minuciosa de los posibles estados de hipomanía<sup>45</sup>.

- Episodios de depresión:

Al igual que la depresión unipolar, los síntomas principales de un episodio depresivo bipolar son un estado de ánimo deprimido y una pérdida persistente de interés y disfrute a lo largo del tiempo. Este síntoma se manifiesta de forma diferente en cada paciente<sup>45</sup>.

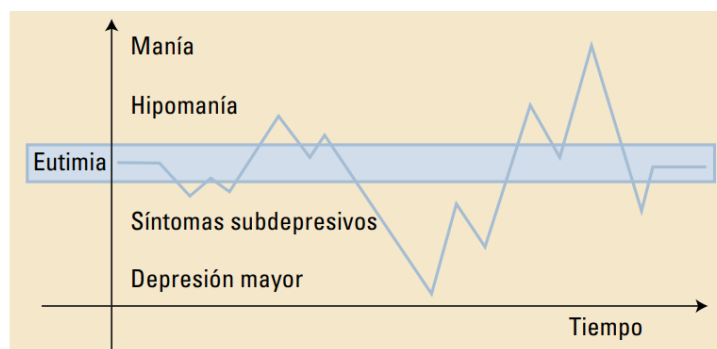
Muchas personas reportan angustia emocional, falta de energía y miedo, y algunas dicen que la incapacidad de llorar. Los trastornos del sueño nocturno son muy comunes, especialmente el insomnio persistente y el despertar temprano a primera hora de la mañana<sup>45</sup>.

Estos pacientes suelen tener disminución del apetito, a menudo acompañado de pérdida de peso. Independientemente de la gravedad de su depresión, algunos pacientes pueden experimentar síntomas atípicos como hipersomnias o aumento del apetito o del peso<sup>45</sup>.

Los síntomas depresivos más comunes incluyen una visión sombría del futuro, retraimiento, aplanamiento emocional, clinofilia, baja autoestima, sentimientos de soledad, incompetencia, culpa o desprecio por uno mismo<sup>45</sup>.

Algunas personas con depresión presentan cambios en el pensamiento, en particular bloqueos o reducción de contenidos de este. Suelen tener visiones negativas del mundo y de sí mismos, y tienden a involucrarse en cavilaciones negativas o destructivas relacionadas con sentimientos de culpa, pérdida, suicidio y muerte<sup>45</sup>.

**Figura 4. Representación gráfica de los estados del humor a lo largo de la vida con trastorno bipolar**



Fuente: imagen tomada de la referencia <sup>45</sup>.

Aunque las recaídas episódicas son un elemento característico del TB, también ocurren con frecuencia períodos de remisión sintomática durante el curso natural de la enfermedad, especialmente cuando la adherencia al tratamiento es deficiente o irregular<sup>45</sup>.

Desafortunadamente, muchos pacientes experimentan, de forma crónica y persistente, una variedad de síntomas subsindrómicos residuales que impiden la recuperación funcional. Esta limitación suele hacerse evidente después del segundo, tercero y siguientes episodios<sup>45</sup>.

Aunque la aparición y pronóstico del TB tipo I parece ser menos favorable que el del tipo II, es necesario destacar la mayor frecuencia de recaídas, mayores tasas de psicopatología asociada y frecuentes conductas suicidas en esta última<sup>46</sup>.

Tradicionalmente, se considera que el TB forma parte de un espectro psicótico, y esto se refleja en el concepto clásico de psicosis maniacodepresiva formulado por Emil Kraepelin, o como un trastorno afectivo resultante de un proceso continuo de depresión unipolar<sup>45</sup>.

Tipos de trastorno bipolar según el DSM-5<sup>45</sup>:

Por su naturaleza, dicho trastorno se puede clasificar en varios tipos, determinados por la duración e intensidad de los síntomas maníacos o depresivos presentes en cada episodio o fase. Cabe señalar que, durante el curso de la enfermedad, a menudo se presentan síntomas por debajo del umbral de depresión o manía real<sup>45</sup>.

Además, a medida que avanza la enfermedad, incluso en los episodios agudos, a menudo se presentan síntomas mixtos que pertenecen a diferentes polos de la enfermedad<sup>45</sup>.

**Tabla 7. Tipos del trastorno bipolar según el DSM-5**

Trastorno bipolar tipo I: episodio maníaco e hipomaníaco. Con características psicóticas.
Trastorno bipolar tipo II: episodio hipomaníaco. Con características melancólicas, atípicas y psicóticas.
Trastorno bipolar asociado a sustancias/medicamentos.
Trastorno bipolar asociado a otros trastornos

**Fuente: tabla tomada de la referencia <sup>46</sup>.**

Una razón frecuente que complica la diferenciación del TB es que existe gran dificultad para distinguirlo de la depresión unipolar, sobre todo en pacientes que manifiestan un episodio depresivo y en aquellos que no tienen una historia clara de manía o hipomanía<sup>45</sup>.

**Tabla 8. Características diferenciales entre la depresión unipolar y bipolar**

<b>Características</b>	<b>Depresión unipolar</b>	<b>Depresión bipolar</b>
Edad de inicio temprana	Menos frecuente	Más frecuente
Episodios previos	Menor número	Mayor número
Duración de los episodios	Mayor	Menor
Episodios posparto	Menos frecuente	Más frecuente
Abuso de sustancias	Menos frecuente	Más frecuente
Síntomas psicóticos	Menos frecuente	Más frecuente
Síntomas atípicos	Menos frecuente	Más frecuente
Labilidad emocional	Menos frecuente	Más frecuente
Viraje maniaco con AD	Menos frecuente	Más frecuente
Disminución del apetito/peso	Más frecuente	Menos frecuente
Retraso psicomotor	Menos frecuente	Más frecuente
Historia familiar de TB	Menos frecuente	Más frecuente
Síntomas somáticos	Más frecuentes	Menos frecuente

**Fuente: tabla tomada de la referencia<sup>45</sup>.**

El manejo del TB implica controlar los estados de ánimo "altos" y "bajos" en pacientes con episodios agudos de tipo maniaco, depresivo o mixto<sup>47</sup>.

## **2.7 Influencia del COVID-19 en los trastornos mentales de los pacientes adultos mayores de la Región de las Américas durante la pandemia**

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa producida por el virus SARS-CoV-2, y fue catalogada por la OMS como pandemia el 11 de marzo del año 2020<sup>9</sup>.

La crisis sanitaria por la pandemia del coronavirus (COVID-19) afectó especialmente a las personas mayores. Si bien el contagio se puede dar en cualquier grupo de edad, las personas mayores son más vulnerables, por mayor riesgo de mortalidad y gravedad de la enfermedad, a causa de la alta incidencia de enfermedades de base en este grupo poblacional<sup>5</sup>.

Debido a que en varios países se limitó o suspendió la visita a centros de atención residencial, e incluso a los propios hogares de los adultos mayores, para evitar la propagación

de la enfermedad, se vieron consecuencias significativas en su salud mental y bienestar general<sup>5</sup>.

Entre las consecuencias psicopatológicas de la pandemia en los pacientes mayores se encuentran el desarrollo o exacerbación de: ansiedad excesiva, depresión mayor, duelos patológicos, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias y adicciones, trastornos psicosomáticos, somatomorfos e hipocondríacos<sup>9</sup>.

Según información recopilada por Zamora en su tesis doctoral, las mujeres sufrieron mayor afección psicológica durante el confinamiento que los hombres, principalmente por la percepción del miedo, el estrés y la depresión. Así mismo, menciona que los PAM con algún deterioro cognitivo o demencia tenían la tendencia de volverse más ansiosos, estresados, agitados y enojados durante el aislamiento<sup>9</sup>.

## **2.8 Trastornos mentales más frecuentes en los adultos mayores de los diferentes países de la Región de las Américas durante el período 2017-2022.**

De acuerdo con la OPS y la OMS, la Región de las Américas se constituye por un gran número de países que se incluyen en este trabajo final de investigación<sup>44</sup>.

La OPS menciona que, de entre diversos tipos de enfermedades, los trastornos mentales ocupan una parte significativa en el porcentaje de discapacidad en cada país. Brasil, Chile y Paraguay presentan tasa de afectación por trastornos mentales en un 36%, seguidos por Perú, Colombia y Nicaragua con un 35%, siendo estos los países más damnificados a nivel de salud mental. Por otro lado, Haití es el menos afectado, o probablemente menos diagnosticado, con un porcentaje de 28%, seguido por Venezuela con el 29%<sup>44</sup>.

Según estudios como “La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas”<sup>44</sup>, “Salud mental en América Latina y el Caribe”<sup>49</sup>, entre otros, los trastornos que más destacan son depresión y ansiedad entre todos los países de la Región de las Américas, acompañados por otros trastornos como el trastorno bipolar, la enfermedad de Alzheimer y la demencia, los cuales se observan en la siguiente tabla por país, respectivamente.

**Tabla 9. Trastornos mentales más frecuentes en los adultos mayores de los diferentes países de la Región de las Américas durante el período 2017-2022**

<b>NORTEAMÉRICA</b>		
1	Estados Unidos de América	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Trastorno bipolar</li> </ul>
2	Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> </ul>
3	México	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Alzheimer</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Demencia</li> </ul>
<b>CENTROAMÉRICA</b>		
4	Belice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
5	Guatemala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
6	El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
7	Honduras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
8	Nicaragua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
9	Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
10	Panamá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
<b>SURAMÉRICA</b>		
11	Colombia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
12	Venezuela	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> </ul>
13	Guyana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Suicidio asociado a algún trastorno mental</li> </ul>
14	Surinam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Suicidio asociado a algún trastorno mental</li> </ul>
15	Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
16	Perú	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
17	Bolivia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Demencia</li> </ul>
18	Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
19	Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Suicidio asociado a algún trastorno mental</li> </ul>
20	Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
21	Argentina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Demencia</li> <li>• Suicidio asociado a algún trastorno mental</li> </ul>
22	Chile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
<b>CARIBE</b>		
23	República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
24	Cuba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
25	Haití	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
26	Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en las referencias <sup>44, 48-51</sup>.

## **2.9 Barreras del uso de atención en salud mental en adultos mayores de la Región de las Américas**

De acuerdo con Rodríguez et al., el acceso o uso de los servicios de salud se refiere a “la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios”<sup>52</sup>.

La transición demográfica resultante de la disminución de la tasa de fecundidad y el incremento de la esperanza de vida ha generado que cada vez existan más personas mayores; por ello, es de vital importancia conocer las necesidades de atención de salud de dicha población<sup>53</sup>.

Las personas mayores suelen presentar ciertas características que repercuten en su acceso a los servicios de salud, así como en su uso, en comparación con las jóvenes. Entre estas características se encuentran la vulnerabilidad económica y la dependencia de familiares más jóvenes, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, entre otros<sup>53</sup>.

La habilidad de las personas de la tercera edad para buscar los servicios de salud, se correlaciona con el conocimiento de las opciones que se encuentran disponibles y la capacidad para buscar la atención<sup>53</sup>.

La edad por sí sola ya es una barrera para el acceso, pero existen diferencias importantes entre las personas de más de 60 años. En algunas ciudades de la Región de las Américas, la edad se relaciona con la probabilidad de acudir a los servicios, las personas que se encuentran en un rango de edad entre los 60 y los 69 tienen más probabilidades de no haber acudido a un servicio de salud que las mayores de 69 años<sup>53</sup>.

Las barreras son todos aquellos factores que impiden el acceso o uso a los servicios de atención en salud mental. Suelen tratarse de factores personales y contextuales de la comunidad que los rodea<sup>53</sup>.

El acceso es el resultante de la interacción de distintos factores, por lo que intervenir en uno de ellos puede aumentar las posibilidades de que las personas mayores interactúen con el sistema y mejoren su estado de salud mental. Estas barreras no necesariamente son mutuamente excluyentes, sino que pueden interactuar entre ellas o influenciarse entre sí. La

determinación de estas barreras, que impiden el acceso y la disminución o eliminación de estas, será el medio que permita brindar servicios de salud de manera equitativa<sup>53</sup>.

El estudio de las barreras para el acceso a los servicios de salud es de vital importancia para el goce efectivo del derecho.

A través de diferentes estudios como: “Barreras y facilitadores en el acceso a servicios de salud mental reportados por población atendida en un centro de atención psicológica universitario, Bogotá, D.C.”<sup>52</sup>, “Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas”<sup>53</sup>, “Barreras de acceso a los servicios de salud mental en Argentina”<sup>54</sup>, “La brecha de tratamiento en la Región de las Américas”<sup>55</sup> y “Dificultades en el acceso a servicios de salud entre personas mayores no institucionalizadas: prevalencia y factores asociados”<sup>56</sup>, que abarcan dichas barreras en ciertos países de la Región de las Américas, se puede obtener un porcentaje aproximado de la afectación de cada barrera en la región.

Entre las barreras que impiden el uso o acceso a los servicios de salud mental en los adultos mayores de la Región de las Américas, se encuentran las siguientes, con sus respectivos porcentajes aproximados:

a) Barreras personales (33%):

Una barrera personal importante es la discapacidad, ya que limita la autonomía e independencia en búsqueda de los servicios de atención en salud mental<sup>53</sup>.

Otra barrera es el impedimento de reconocer que hay necesidades propias que ameritan buscar atención sanitaria y expectativas, por el estigma que se asocia con los problemas de salud mental. Las personas eligen no iniciar o abandonar prematuramente el tratamiento, para evitar las consecuencias resultantes de llevar una etiqueta de enfermedad mental, ya sea por miedo o vergüenza. Es una de las principales causas por las que los pacientes geriátricos no reciben atención mental<sup>55</sup>.

En cuanto a las diferencias por género, varios estudios concluyen que las mujeres mayores de 60 años tienen más probabilidades de hacer uso de los servicios de salud mental que los hombres del mismo grupo de edad, esto debido a que las mujeres suelen asistir más

a la atención primaria y reciben más información preventiva. En contraste, ante una cobertura universal, las personas mayores que detectan mayor cantidad de barreras son los hombres<sup>53</sup>.

De acuerdo con un análisis del Programa de Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI), las mujeres mayores suelen percibir más problemas de salud que los hombres, lo cual se asoció con mayor utilización de los servicios de salud<sup>53</sup>.

Entre otras barreras personales que se pueden mencionar, se encuentran la desconfianza en los equipos de salud, en el tratamiento prescrito, y las diferencias en la concepción de la práctica médica<sup>52</sup>.

b) Barreras económicas (22%):

Las barreras económicas hacen referencia a los costos de la atención privada de salud mental y a gastos extra que los pacientes no pueden costear y que tampoco son tomados en cuenta por el sistema de atención pública de los diferentes países. Entre esos gastos se encuentran el tiempo perdido por faltar al trabajo, y el gasto por el traslado a las unidades de atención<sup>54</sup>.

El patrón de inequidad en el acceso a los servicios de salud para las personas mayores de algunas ciudades grandes de la Región de las Américas, es el resultado de la interacción del patrón de desigualdad económica con el diseño del sistema de salud<sup>53</sup>.

La OPS afirma que existe una menor inequidad de acceso en los países con sistemas universales de salud y, por el contrario, una mayor inequidad y un favorecimiento de los estratos más ricos en el uso de los servicios de salud en aquellos en los que no se ofrece cobertura universal, como México<sup>53</sup>.

c) Barreras organizacionales (16%):

Se considera que son propias de las organizaciones de los sistemas de salud mental, entre dichas barreras se mencionan largas listas y tiempos de espera, a causa de

sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos brindados en los espacios de atención, que no permiten brindar una adecuada calidad de ella<sup>53</sup>.

Otras barreras de índole organizacional incluyen la realización de múltiples y complicados trámites para los adultos de ese grupo etario, y el hecho de asistir a consulta, pero no ser atendidos por algún motivo propio del centro de salud mental<sup>53</sup>.

d) Barreras sociales y culturales (16%):

Estas barreras incluyen las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores propios de la cultura del paciente, que lo limitan. Comprende barreras importantes como la representación social, estigmatización y discriminación, a la que muchas veces son expuestos los pacientes afectados por un trastorno mental<sup>54</sup>.

e) Barreras geográficas (11%):

La falta de acceso geográfico a servicios de salud mental es un desafío importante, ya que los adultos mayores en áreas rurales de la Región de las Américas pueden tener ciertas dificultades significativas para poder hacer uso de los servicios de atención en salud mental<sup>57</sup>.

Además, la OPS afirma que las personas mayores, quienes viven en zonas rurales, tienen un 77% menos de probabilidades de tener seguro médico que las que residen en zonas urbanas<sup>53</sup>.

f) Barreras profesionales (2%):

Son las limitaciones en el sistema de salud para encontrar personal capacitado<sup>54</sup>.

Según datos del Informe mundial sobre la salud mental, especialmente en los países de bajos ingresos, el acceso a medicamentos es limitado, y las personas que padecen un trastorno mental no reciben tratamiento. Alrededor de la mitad de la población vive en países donde hay un psiquiatra por cada 20,000 habitantes<sup>54</sup>.

Modelo de Tanahashi:

Según el estudio realizado por Rodríguez et al., el modelo de Tanahashi define la proporción de la población que recibe atención en salud eficaz, en este caso salud mental, y se evalúa por medio de las siguientes dimensiones<sup>52</sup>:

1. Disponibilidad: servicios del centro de atención como recurso humano, equipos, horarios del centro de atención, entre otros, lo que sería la barrera profesional y organizacional<sup>52</sup>.
2. Accesibilidad: incluye tiempo de transporte y finanzas; constituye la barrera geográfica y económica<sup>52</sup>.
3. Aceptabilidad de los servicios: percepción personal y social de la prestación del servicio en salud mental; constituye la barrera personal y social<sup>52</sup>.

**Tabla 10. Barreras en el acceso a los servicios de Salud Mental por dimensión según el Modelo de Tanahashi**

Aceptabilidad	Desconocimiento de la importancia de la salud mental
	Descuido propio de las necesidades en salud mental
	Paradigma o estigma por buscar atención en salud mental
	Los profesionales en salud no lo consideran importante
	Familia lo considera innecesario
	Desconfianza en los equipos de salud y tratamiento
	Incompatibilidad cultural entre el usuario y el equipo de salud
	Temor o vergüenza ante servicios de salud mental
Accesibilidad	Largas listas y tiempos de espera excesivos
	Largas listas y tiempos de espera entre consultas
	Largas listas y tiempos de espera de solicitud y agenda
	Financiera - pérdida de ganancia en el trabajo
	Financiera - gastos de bolsillo, costos de transporte
	Modalidad para obtener horarios de atención
	Requisitos administrativos para la atención
	Accesibilidad física – distancia, tiempo de transporte
Disponibilidad	De servicios del programa – cambios, agenda
	Horarios de atención
	Recurso humano e instrumental

**Fuente: elaboración propia con base en la referencia<sup>52</sup>.**

## **2.10 Relación de la evolución de los trastornos mentales en adultos mayores con el uso de atención en salud mental**

Los trastornos mentales forman parte de un grupo de enfermedades y afecciones, que son causa importante de discapacidad y mortalidad si no se tiene el uso adecuado de los servicios de atención en salud, ya que evolucionan de forma negativa, siendo dichos trastornos los causantes de que un tercio de la población de la Región de las Américas tenga una pérdida importante de años por discapacidad<sup>44</sup>.

De los pacientes con trastornos mentales que por diversas barreras no acceden a la atención en salud mental, los que presentan trastornos depresivos y de ansiedad evolucionan a discapacidad y discapacidad con mortalidad. Por otra parte, los pacientes con trastornos como demencia evolucionan a una mayor mortalidad, sobre todo en los entornos de ingresos bajos<sup>44</sup>.

Por el contrario, la evolución es distinta; es positiva si el paciente accede a la atención en salud mental, ya que garantiza un diagnóstico y tratamiento oportuno de sus trastornos mentales<sup>58</sup>.

La brecha de tratamiento, definida como la diferencia entre el número de personas que presentan un trastorno y el número de personas que reciben la atención adecuada, puede servir como un indicador importante de salud, revelando la necesidad insatisfecha de atención a los problemas de salud mental<sup>55</sup>.

La brecha de tratamiento se puede expresar como el porcentaje de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben<sup>55</sup>.

En un estudio realizado por Kohn en 2004, se demostró que la brecha terapéutica era de aproximadamente 60.26%. En su estudio más reciente, esta brecha aumentó a 78.1%, probablemente debido a un mayor conocimiento sobre las enfermedades mentales y a la existencia de muchos casos infradiagnosticados en el pasado. A pesar del aumento del porcentaje, el uso de atención en salud mental sigue limitado en los pacientes adultos mayores<sup>55</sup>.

## **CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de investigación**

El presente estudio es diseñado bajo el planteamiento metodológico de investigación cualitativa, puesto que es el que mejor se adapta a las características y necesidades de los objetivos de la investigación.

Según Mejía, el enfoque cualitativo se define como: "procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes [...] la investigación cualitativa estudia diferentes objetos para comprender la vida social del sujeto a través de los significados desarrollados por éste (sic)"<sup>59</sup>.

Del tipo de investigación cualitativa se toma la técnica de investigación documental, para analizar el paradigma y los prejuicios que existen en salud mental en los pacientes adultos mayores de la Región de las Américas<sup>59</sup>.

Según la finalidad del estudio, es de tipo analítico, pues evalúa la presunta relación causa-efecto. En este caso, la causa se refiere a la existencia del paradigma comprendido como percepciones o creencias hacia la salud mental por parte de los adultos de edad avanzada, causando el efecto de generar resistencia a la atención en servicios de salud mental<sup>60</sup>.

Conforme a la secuencia o dirección temporal, la investigación es de tipo longitudinal, ya que estudia el resultado de la resistencia a la atención en salud mental por parte del grupo etaria de mayor edad<sup>60</sup>.

De acuerdo con el inicio del trabajo investigativo, en relación con la cronología de los hechos, el presente estudio se considera retrospectivo, porque su diseño inicia posterior a los hechos estudiados, y los datos que se obtienen provienen de artículos publicados entre el año 2017 y el 2022.

### **3.2 Población**

Debido a la naturaleza y objetivo de esta investigación, no se considera pertinente realizar un análisis detallado de la población, puesto que no aplica para efectos de ella.

### 3.3 Muestra

Debido a la naturaleza y objetivo de esta investigación, no se considera pertinente realizar un análisis detallado de la muestra, puesto que no aplica para efectos de ella.

### 3.4 Objeto de estudio

El objeto de estudio incluye artículos, estudios, informes, entre otros, que abarcan datos sobre gran parte de la población de pacientes adultos mayores con problemas o trastornos mentales, en de la Región de las Américas.

### 3.5 Lugar de estudio

El lugar de estudio en dicha investigación comprende los diferentes países de la Región de las Américas.

### 3.6 Criterios de búsqueda

<b>Objetivo</b>	<b>Descriptor</b>	<b>Motores de búsqueda</b>	<b>Temporalidad</b>	<b>Idiomas</b>
General: Analizar el paradigma que existe en relación a la aceptación o resistencia a la atención en salud mental en el paciente adulto mayor en América durante el período 2017-2022.	Paradigma, salud mental en el adulto mayor.	SciELO, Google Académico, Dialnet	2017-2022	Español e inglés.
Específico: Describir los trastornos mentales más frecuentes en adultos mayores en América durante el período 2017-2022.	Trastornos mentales más comunes en los adultos mayores.	SciELO, Google Académico, Dialnet	2017-2022	Español e inglés.
Específico: Identificar las barreras del uso de atención en salud mental en el adulto mayor en	Barreras de los adultos mayores para la atención en salud mental.	SciELO, Google Académico, Dialnet	2017-2022	Español e inglés.

América durante el período 2017-2022.				
Específico: Relacionar la evolución de los trastornos mentales en el adulto mayor con el uso de atención en salud mental en América durante el período 2017-2022.	Trastornos mentales y uso de atención en salud mental.	SciELO, Google Académico, Dialnet	2017-2022	Español e inglés.

### **3.7 Criterios de inclusión y exclusión**

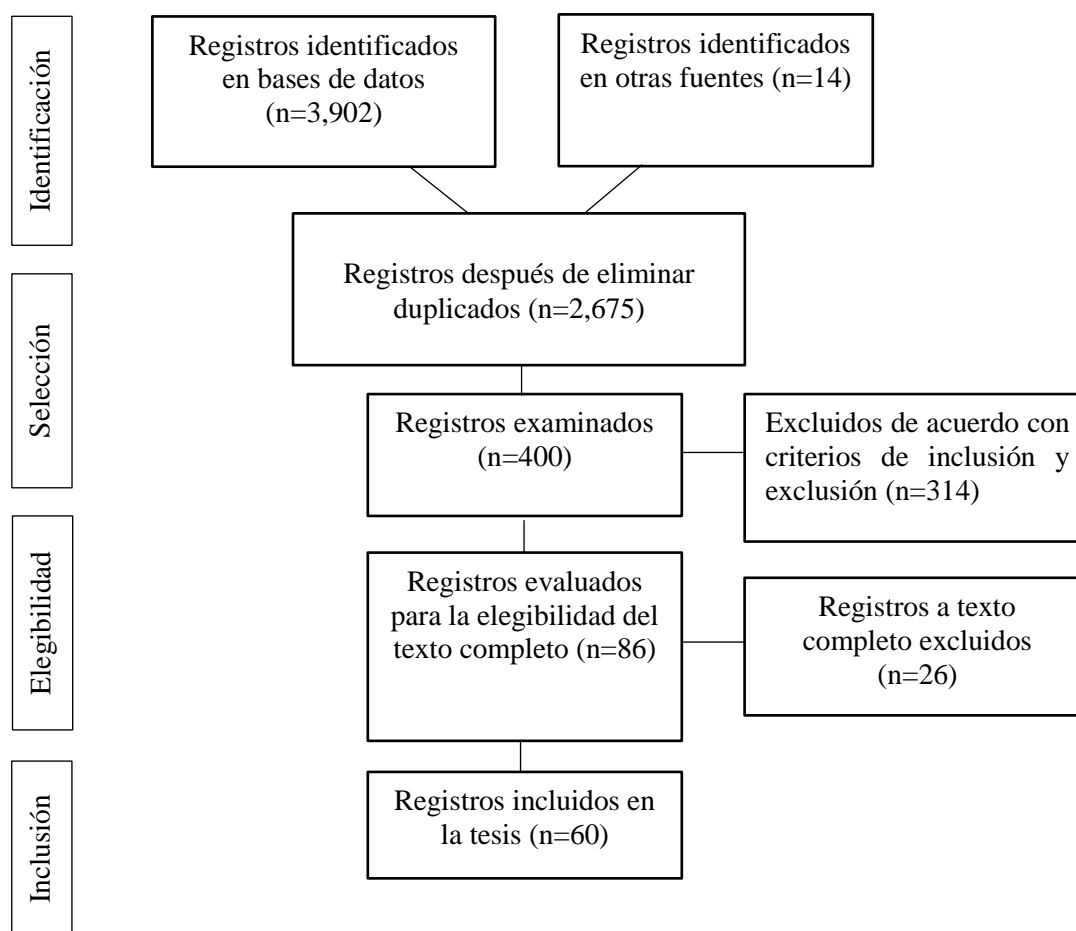
#### **3.7.1 Criterios de inclusión**

En la presente investigación se incluyen artículos dirigidos al estudio del envejecimiento y su relación con los trastornos mentales más frecuentes de la edad, artículos enfocados en la importancia de la salud mental, y las principales barreras que impiden el acceso a los servicios de atención en salud mental. Los estudios incluidos fueron publicados en español e inglés, entre los años 2017 y 2022. Además, se incluyeron artículos de España, con información de programas de adultos mayores, que se recomienda que sean aplicables en la región.

#### **3.7.2 Criterios de exclusión**

Se excluyen del presente estudio los artículos de patologías no relacionadas con la salud mental en adultos mayores y artículos de trastornos mentales en pacientes de otro grupo etario.

### 3.8 Proceso de selección de la información



Durante el proceso de selección de la información, se investigó principalmente en tres bases de datos importantes: SciELO, Google Académico y Dialnet, donde se identificaron un total aproximado de 3,902 documentos relacionados con el tema de salud mental en el adulto mayor de la población americana durante el período 2017 a 2022. Además, se identificaron aproximadamente 14 documentos de fuentes provenientes de otras bases de datos.

Al eliminar registros duplicados, se contó con un total de 2,675, de los cuales se examinaron 400; de estos últimos se hizo depuración, excluyendo 314 artículos, de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión.

Para realizar la elegibilidad de los documentos por utilizar, se evaluaron 86, de los que se excluyeron 26 artículos más, para finalmente llegar a un total de 60 artículos que cumplían con todos los criterios necesarios para el análisis de los objetivos de la presente investigación.

### **3.9 Clasificación según niveles de evidencia**

Ver anexo.

### **3.10 Limitantes de estudio**

- Ausencia o falta de artículos de información sobre los trastornos mentales más frecuentes en el adulto mayor de algunos países de la Región de las Américas.
- Ausencia o falta de artículos de información sobre las barreras del uso de atención en salud mental por país de la Región de las Américas.
- No se obtienen tesis solicitadas a algunas universidades de Costa Rica.

### **3.11 Fuentes de información**

Las fuentes de información incluyen las secundarias, debido a que provienen de artículos y documentos pertinentes, es decir, con la información adaptada a los objetivos. Así mismo, se cuenta con fuentes de información terciarias, como lo son las tesis de Costa Rica y demás países americanos. Ambos tipos de fuentes constan de datos fidedignos y confiables, publicados desde el año 2017 hasta el 2022.

### **3.12 Variables**

Debido a la naturaleza y objetivo de esta investigación, no se considera pertinente realizar un análisis detallado de las variables a causa de que no aplica, esto por motivo de que no se hicieron encuestas, entrevistas u otro medio de recolección de datos similar.

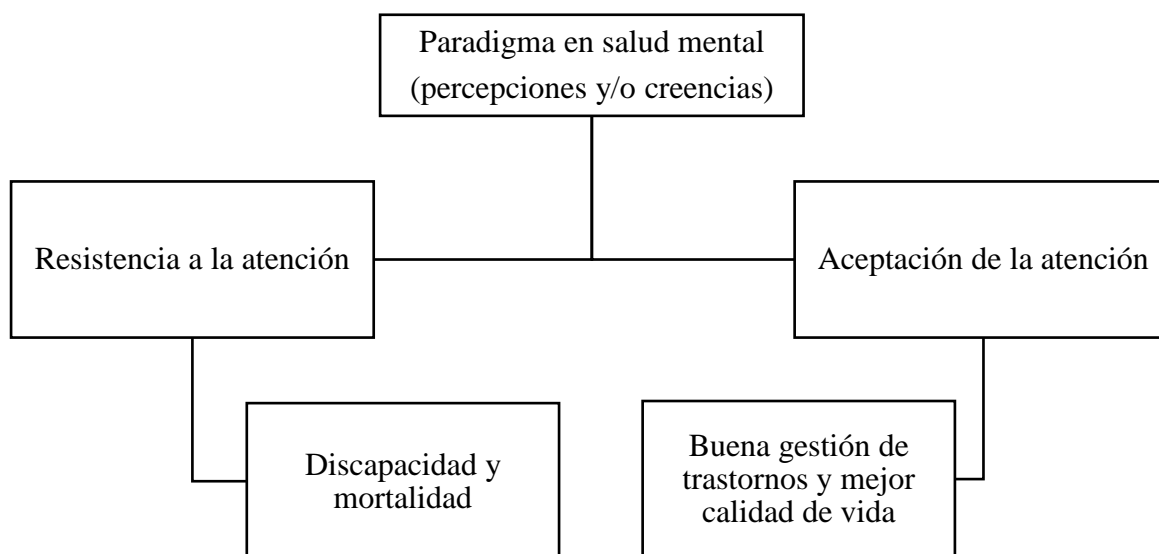
## **CAPÍTULO IV– ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Como resultado de la información recabada de la presente investigación, se puede determinar que el paradigma definido por un conjunto de percepciones o creencias que existen en relación con la aceptación o resistencia a la atención en salud mental, en el paciente adulto mayor, en la Región de las Américas, durante el período 2017-2022, se basa en distintas barreras u obstáculos, pero principalmente en la barrera personal y sociocultural, comprendida por el estigma asociado a las enfermedades mentales.

De acuerdo con la información recopilada de las diferentes fuentes, el estigma personal, social o miedo a ser etiquetados por otras personas como enfermos mentales, el desconocimiento de la importancia del bienestar mental, el descuido propio, el prejuicio, entre otros factores, limitan a los PAM a no iniciar o a abandonar el tratamiento o terapia psiquiátrica de forma temprana, repercutiendo de forma negativa en su calidad de vida, debido a que facilita el desarrollo y complicación de los trastornos mentales presentes.

A través de la investigación, se puede observar que las barreras que participan en generar la resistencia o rechazo a buscar ayuda pueden llevar, incluso, a la discapacidad y mortalidad, dependiendo del tipo y gravedad del trastorno sin tratar. Por el contrario, si hay una adecuada aceptación y acceso a la atención en salud mental, se puede mantener una buena gestión de los trastornos y una mejor calidad de vida.

**Gráfico 3. Relación entre el paradigma en salud mental y la resistencia y aceptación a la atención**



**Fuente: elaboración propia con base en las referencias <sup>44</sup>.**

Con el objetivo de describir los trastornos mentales más frecuentes en adultos mayores en la Región de las Américas durante el período 2017-2022, se encontró, en la información recopilada del presente trabajo investigativo, que hay diversos trastornos mentales que se encuentran con bastante frecuencia en la población adulta mayor, principalmente por su edad ya avanzada; esto ocurre en los diversos países de la Región de las Américas, dentro de los cuales los más comunes son los trastornos depresivos y de ansiedad que se encuentran en el total de los veintiséis países de la Región, distribuidos en Norteamérica, Centroamérica, Suramérica y el Caribe.

Posteriormente, el trastorno que se vio con mayor frecuencia es la demencia, manifestada en aproximadamente diez países: México, Guatemala, Panamá, Colombia, Venezuela, Ecuador, Bolivia, Paraguay, Argentina y Chile.

Otros trastornos como el trastorno bipolar y la enfermedad de Alzheimer se vieron predominantemente en un país, siendo estos Estados Unidos de América y México respectivamente.

Finalmente, el suicidio que, si bien no es un trastorno mental, es un acto o conducta consecuente de un trastorno, y donde más se vio reflejado fue en los siguientes cuatro países: Guyana, Surinam, Uruguay y Argentina.

En Norteamérica, la depresión y la ansiedad son los trastornos mentales predominantes y afectan a los tres países; seguidamente, el trastorno bipolar se encuentra presente en los Estados Unidos de América, y la enfermedad de Alzheimer y demencia en México.

De igual manera, en Centroamérica los trastornos más frecuentes son los depresivos y de ansiedad que se manifiestan en los siete países; posteriormente, en frecuencia se encuentra la demencia en los adultos mayores de Guatemala y Panamá.

En el caso de Suramérica, también predominan los trastornos depresivos y de ansiedad, ya que se encuentran en los doce países; en segundo lugar, se manifiesta con frecuencia la demencia en siete países; finalmente, se observa el acto suicida relacionado con algún trastorno mental, y se ve constantemente en los cuatro países ya mencionados.

Por último, en el Caribe, como en los demás países, los trastornos como la depresión y la ansiedad son los que predominan en cuatro países de las Antillas Mayores: República Dominicana, Cuba, Haití y Puerto Rico.

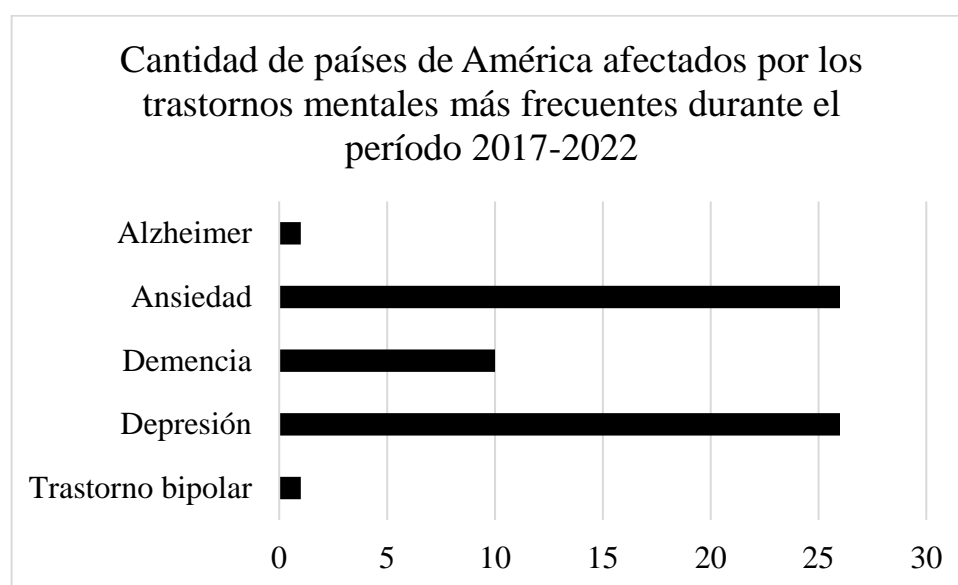
Para ilustrar mejor los resultados, se realizan la siguiente tabla y el gráfico, con base en la cantidad de países americanos y del Caribe más afectados, y también los trastornos mentales que se presentan con mayor frecuencia.

**Tabla 11. Cantidad de países afectados por trastornos mentales durante el período 2017-2022**

<b>Trastornos mentales</b>	<b>Cantidad de países afectados</b>
Trastorno bipolar	1
Depresión	26
Demencia	10
Ansiedad	26
Alzheimer	1

**Fuente:** elaboración propia con base en las referencias <sup>44, 48-51</sup>.

**Gráfico 4. Cantidad de países de la región de las américas afectados por los trastornos mentales más frecuentes durante el período 2017-2022**



**Fuente:** elaboración propia con base en las referencias <sup>44, 48-51</sup>.

Gracias a la información recopilada en la investigación, se identifican diferentes barreras que tienen los pacientes adultos mayores para acceder a los servicios de atención en salud mental en la Región de las Américas durante el período 2017-2022<sup>49-52</sup>.

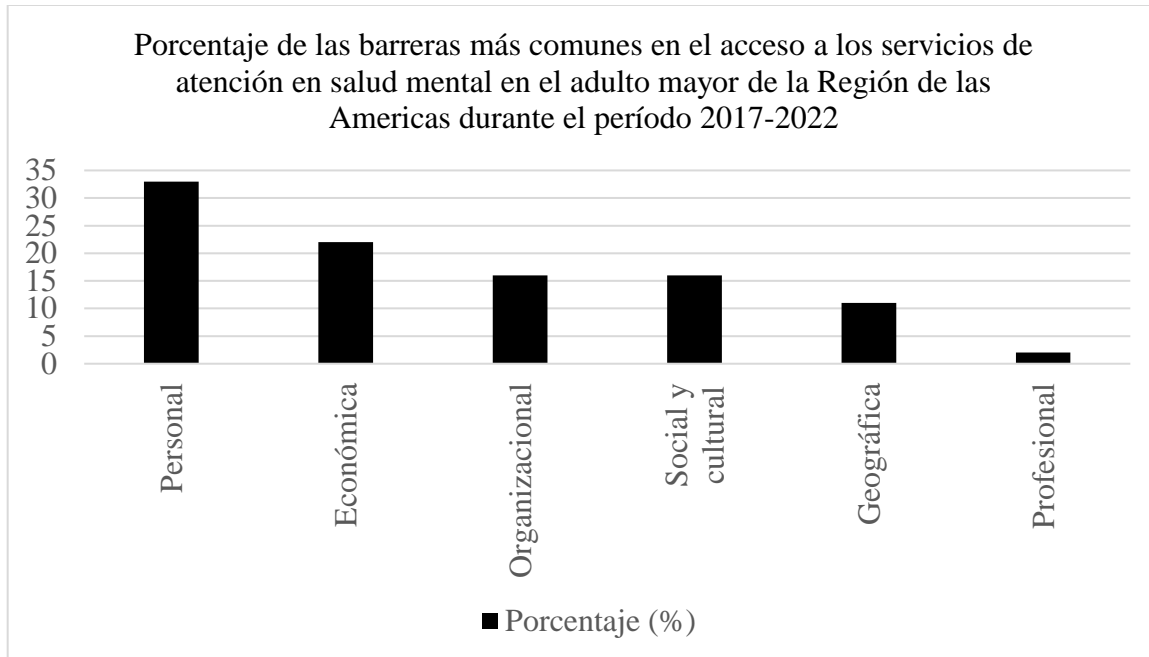
Entre esas barreras se mencionan las personales, económicas, organizacionales, socioculturales, geográficas y profesionales; cada una cuenta con diferentes razones o ejemplos que las hacen ser una barrera propiamente dicha, las cuales se muestran en la siguiente tabla<sup>52-55</sup>.

**Tabla 12. Barreras del uso de atención en salud mental en el adulto mayor en la región de las américas durante el período 2017-2022**

<b>Barreras del uso de atención en salud mental en el adulto mayor en la Región de las Américas durante el período 2017-2022</b>	
<b>Barrera</b>	<b>Ejemplo</b>
Personal	Impedimento de reconocer la necesidad de salud mental
	Paradigma, estigma
Económica	Costos de la atención privada
	Gastos que no están incluidos en el sistema de atención pública del país
Organizacional	Diferimientos y tiempos de espera por sobredemanda en los espacios de atención en salud mental
Social y cultural	Disposiciones sociales
	Factores propios de la cultura, que limitan la atención en salud mental
	Estigmatización
	Discriminación
Geográfica	Distancia de los servicios de atención en salud mental
Profesional	Dificultad para encontrar equipos de trabajo y personal capacitado

**Fuente: elaboración propia con base en las referencias** <sup>52-55</sup>.

**Gráfico 5. Porcentaje de las barreras más comunes en el acceso a los servicios de atención en salud mental en el adulto mayor de la región de las Américas durante el período 2017-2022**



**Fuente: elaboración propia con base en las referencias <sup>54-56</sup>.**

Finalmente, al relacionar la evolución de los trastornos mentales en el adulto mayor con el acceso a la atención en salud mental en la Región de las Américas durante el período 2017-2022, se reconoce que los trastornos mentales son una preocupación significativa en la población de ese grupo etario, debido a que no solo afectan la calidad de vida por ausencia de bienestar mental, sino que también pueden tener un impacto negativo en la salud física si no se manejan adecuadamente.

La pandemia de COVID-19 también influyó de manera importante en la salud mental de los adultos mayores de la Región de las Américas. El temor constante al contagio debido al mayor riesgo asociado a su edad junto con las estrictas medidas de distanciamiento social prolongadas para proteger la salud física, intensificó los sentimientos de soledad y ansiedad, limitando sus interacciones sociales y afectando su bienestar emocional. Además, la constante preocupación por la salud propia y de sus familiares exacerbó condiciones preexistentes como la depresión y la ansiedad.

Gracias a la información reunida, se destaca la necesidad de atención en salud mental y el acceso a esta para abordar los trastornos mentales y sus complicaciones. La falta de acceso puede llevar a una evolución negativa de los trastornos, lo que puede resultar en discapacidad, y en casos extremos, mortalidad.

Por otro lado, el acceso oportuno a la atención en salud mental puede tener un impacto positivo en la prevención y recuperación de los trastornos mentales en adultos mayores. Esto se debe a que el reconocimiento de los primeros síntomas, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado y personalizado, reconociendo que las necesidades de cada individuo pueden variar, ayuda a controlar los síntomas desde el inicio, prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida.

La brecha de tratamiento, que indica el porcentaje de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben, ha aumentado en los últimos años del 60.26% al 78.1%. Esto sugiere que, aunque los casos de trastornos mentales han incrementado, el uso de los servicios apropiados no ha seguido el mismo ritmo.

En resumen, estos resultados subrayan la importancia del acceso a la atención en salud mental para abordar los trastornos mentales en adultos mayores de la Región de las Américas. Destaca que el tratamiento oportuno e individualizado puede tener un impacto positivo en la forma en que progresa la recuperación de estos trastornos, mejorando, así, la calidad de vida y reduciendo el riesgo de complicaciones.

**GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL ADULTO MAYOR CON EL USO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**



**Fuente: elaboración propia con base en las referencias <sup>44, 55, 58</sup>.**

## **CAPÍTULO V– CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## Conclusiones

- Con respecto al paradigma que existe en relación con la aceptación o resistencia a la atención en salud mental en el paciente adulto mayor, se identifica que el paradigma está definido por un sistema o conjunto de percepciones y/o creencias erróneas impuestas socioculturalmente hacia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, por lo que gran parte de la población de edad avanzada se resiste a recibir o buscar atención psiquiátrica<sup>14</sup>.
- En cuanto al paradigma en los pacientes de la tercera edad, se revela que el desconocimiento de la importancia del bienestar mental, el descuido propio, el prejuicio, la desconfianza y el temor son algunos factores que influyen significativamente en la aceptabilidad de la atención en salud mental<sup>52</sup>.
- De la evidencia recolectada, se rescata que para analizar el paradigma se deben comprender las percepciones y experiencias individuales de los pacientes mayores en relación con la atención en salud mental, con el fin de formular estrategias de abordaje individualizadas para, así, aumentar la aceptación y disminuir la resistencia a los servicios de atención que mejoran el bienestar mental y emocional<sup>5</sup>.
- Al partir desde la información compilada de diversos estudios, se concluye que más del 15% de las personas mayores de 60 años padecen algún trastorno mental o neurológico, y se cree que el 6,6% de las discapacidades en este grupo de edad son atribuibles a trastornos mentales y neurológicos del sistema nervioso<sup>27</sup>.
- Con base en los resultados expuestos, la ansiedad y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en los adultos mayores de 60 años<sup>27</sup>.
- De acuerdo con lo estudiado, alrededor de una cuarta parte de las muertes por lesiones autoinfligidas ocurren en personas de 60 años o más, quienes padecen algún tipo de trastorno mental. El grupo que presenta las más elevadas tasas de suicidio es el de los mayores de 80 años, con un enorme predominio de hombres, a razón de 10/1. Esta prevalencia es de 15,1 por 100.000<sup>19, 27</sup>.
- De acuerdo con la información recolectada, se evidencia que la falta de acceso a la atención en salud mental es el resultante de la interacción de una compleja serie de barreras, por lo que comprenderlas e intervenir en una de ellas, mediante la

formulación de estrategias eficaces, puede aumentar las posibilidades de que las personas mayores interactúen con el sistema y mejoren su estado de salud mental y bienestar general<sup>53</sup>.

- Se identificó que las barreras que impiden el acceso a la atención en salud mental en los pacientes adultos mayores de la Región de las Américas, son: la barrera personal, representada por un 33%, siendo esta la más prevalente, caracterizada principalmente por el estigma asociado a la salud mental. Le sigue la barrera económica con un 22%, seguida de las barreras organizacional y sociocultural, ambas representadas por un 16%. Además, se observa la barrera geográfica en un 11% de los casos. Por último, la profesional, con solo un 2%, se identifica como la menos común<sup>54-56</sup>.
- En relación con lo antes expuesto, se evidencia que el estudio y la identificación de las barreras que limitan la relación entre el servicio de salud mental y el paciente adulto mayor, favorece la mejoría de la calidad de la atención; esto puede llegar a garantizar el disfrute efectivo de sus derechos en cuanto a la salud<sup>53</sup>.
- Existe una correlación intrínseca entre la evolución de los trastornos mentales en los pacientes de edad avanzada y el uso de atención en salud mental, ya que el comportamiento propio del trastorno en el tiempo es un indicador del uso de los servicios especializados en la mente, es decir, evaluar la evolución de un trastorno mental permite identificar si el paciente realmente ha hecho uso de los servicios que brindan bienestar mental, pues demuestra si está en tratamiento o no<sup>44</sup>.
- El acceso a la atención en salud mental tiene más probabilidades de identificar y mejorar los trastornos mentales, porque permite brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno; por el contrario, la resistencia al uso de atención impacta negativamente en la evolución, ya que la ausencia de un apropiado abordaje conduce a discapacidad y mortalidad<sup>44</sup>.
- El acceso a los servicios de salud mental o a la asistencia sanitaria, es necesario para mejorar la calidad de vida de pacientes con trastornos mentales y para prevenir más enfermedades y complicaciones<sup>58</sup>.

## Recomendaciones

- Realizar eventos comunitarios por parte del personal capacitado en salud mental, que incluyan talleres o actividades recreativas para personas mayores y sus familiares o redes de apoyo, con el objetivo de fomentar acciones individuales que ayuden a reducir el paradigma que gira en torno a las enfermedades mentales en esta población. Estas acciones pueden incluir la normalización del tema a través de conversaciones abiertas, el ofrecimiento de apoyo activo a aquellos que enfrentan tales enfermedades y la eliminación del lenguaje estigmatizador. Por medio de estas iniciativas, se podrá crear un entorno más receptivo y comprensivo en relación con la salud mental.
- Educar a la población mayor por parte del personal capacitado en salud mental, sobre la importancia del bienestar mental, y fomentar el acceso a los servicios de dicha rama de la salud, a través de la distribución de volantes u otro tipo de material informativo en los centros de atención primaria, los cuales son visitados con mayor regularidad por esta población. Esta iniciativa busca contrarrestar el descuido propio, la desconfianza y el temor que estos pacientes puedan tener hacia la salud mental.
- Realizar visitas domiciliarias del personal capacitado en salud mental, a adultos mayores que sufren enfermedades mentales, con el propósito de proporcionarles un ambiente seguro y confortable, donde puedan compartir sus percepciones, experiencias o razones, detrás de su resistencia a recibir ayuda psiquiátrica. El objetivo es desarrollar enfoques individualizados y fomentar, así, la aceptación de los servicios de salud mental y, a la vez, reducir la resistencia hacia estos.
- Promover la autonomía e independencia de las personas mayores, a través de su asistencia periódica a un centro diurno, donde se prestan servicios sociosanitarios en entornos familiares y sociales, con el fin de fortalecer su salud mental y retrasar la pérdida de funcionalidad neurológica y, así, también prevenir el desarrollo de enfermedades mentales relacionadas con el aislamiento o la dependencia, como la depresión y ansiedad.
- Organizar, de parte del personal público capacitado en salud mental, talleres regulares para adultos mayores y actividades como bingos, reuniones, para que compartan experiencias, tengan espacios de sana convivencia con sus pares, con el objetivo de

retrasar el deterioro cognitivo y, sobre todo, aliviar la ansiedad de manera relajante, dado que es uno de los trastornos mentales más comunes en este grupo etario.

- Implementar, en los centros de atención en salud mental, una parte del programa español “Mayor hoy”, que implica la organización de caminatas y paseos de nivel muy fácil dirigido a adultos mayores, la realización de talleres sobre el uso de la tecnología y charlas sobre cómo superar los duelos, ya que estas son preocupaciones especialmente relevantes en esta etapa de la vida. El propósito de todas estas actividades es prevenir o reducir la depresión al promover el ejercicio, la sensación de logro, el sentido de pertenencia y el compañerismo, así como también proporcionar herramientas para mejorar el bienestar emocional, a pesar de las pérdidas asociadas con el envejecimiento.
- Crear conciencia en la sociedad sobre la magnitud y las consecuencias de la morbimortalidad asociada a la conducta suicida en personas mayores, a través de la difusión masiva del tema en los medios de comunicación y las redes sociales. Este proyecto debe ser llevado a cabo por profesionales capacitados en salud mental, en colaboración con expertos en ciencias de la comunicación. Es un tema que recibe escasa atención, por lo que resulta importante educar a la población, incluyendo a las personas mayores, sus familiares y otros cuidadores, sobre la prevención del suicidio. Esto implica sensibilizar sobre la percepción de las necesidades del otro, identificar y mitigar los factores de riesgo como el aislamiento social o el acceso a medios letales, y fortalecer los factores protectores.
- Desarrollar medidas integrales, para reducir las múltiples barreras que obstaculizan el acceso a la atención en salud mental, es fundamental. Al abordar al menos un factor, se aumentan las probabilidades de que las personas mayores accedan a estos servicios. Se recomienda realizar charlas por parte de profesionales en salud mental para proporcionar conocimiento a los adultos de edad avanzada sobre ella, con el fin de disminuir el miedo, los prejuicios, la desconfianza y el estigma. Esto implica corregir mitos y crear un ambiente en el que puedan plantear sus inquietudes, sin temor a ser juzgados. Estas acciones contribuyen a disminuir las barreras tanto personales como socioculturales.

- Crear programas de voluntariado, que involucren tanto a estudiantes de Medicina y de la especialidad de Psiquiatría como a médicos, psicólogos y psiquiatras, con el objetivo de organizar jornadas médicas y de atención en salud mental. Estas jornadas tienen el propósito de evaluar y tratar enfermedades físicas concomitantes con trastornos mentales. Es esencial que estas actividades se realicen en entornos urbanos y rurales, y que los costos sean accesibles, o incluso gratuitos. Además, se sugiere proporcionar seguimiento a través de llamadas telefónicas o videoconferencias, con el fin de superar las barreras económicas y geográficas para los adultos mayores vulnerables que carecen de recursos económicos, o tienen dificultades para trasladarse a la ciudad.
- Proporcionar capacitaciones en el cuidado de adultos mayores al personal de salud, con énfasis en las necesidades en temas de bienestar mental y emocional de ellos. Esto facilita la identificación temprana de señales de alerta, y constituye una estrategia de intervención en las barreras organizacionales y profesionales.
- Capacitar a la familia, los cuidadores u otro miembro de la red de apoyo, mediante folletos informativos, sobre la importancia de un seguimiento constante y vigilancia activa ante un paciente adulto mayor que enfrenta una enfermedad mental. El objetivo es que puedan llevar al paciente a consulta si identifican señales de alerta que lo ameriten y, además, ayudarlo a cumplir todas las terapias programadas para lograr una resolución adecuada del trastorno.
- Coordinar actividades recreativas, de parte de profesionales en salud mental para grupos de adultos mayores, donde se destaque la importancia del autocuidado en bienestar mental, para que puedan identificar posibles síntomas de enfermedades mentales y acceder de forma temprana a los servicios de atención por decisión propia e información adecuada, para lograr, así, un diagnóstico y tratamiento oportuno. Este enfoque permite reducir la resistencia asociada a la falta de conocimiento o concepciones equivocadas.
- Priorizar una atención centrada en el paciente, que considere sus necesidades individuales, preferencias y circunstancias personales. Además, es crucial explicar detalladamente toda la información a los pacientes y sus redes de apoyo durante las consultas, con el objetivo de que comprendan mejor sus condiciones de salud mental.

Estas acciones pueden mejorar la asistencia sanitaria, al proporcionar herramientas más efectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales.

## **CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud, OMS. Documentos básicos. 49a ed. 2020 [consultado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-sp.pdf#page=7](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=7)
2. Daza M, Quintero D. Bienestar psicológico del adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca [Tesis de pregrado]. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia; 2018 [consultado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/379>.
3. Universidad de Costa Rica, UCR. II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. 2020 [consultado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: <https://kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81562/DOCUMENTO%2011%20de%20agosto%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios. 2018 [consultado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.conabip.gob.ar/sites/default/files/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios%20PARA%20CLASE%201.pdf>
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. 2021. [consultado el 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7b24485d-f75b-44ab-aaa7-73d7ebfa8928/content>
6. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Health information platform for the Americas, PLISA. Panorama demográfico regional. 2019 [consultado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/panorama-demografico-regional-2019>.
7. National Institute of Mental Health, NIH. Las enfermedades crónicas y la salud mental: cómo reconocer y tratar la depresión. 2021 [consultado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion.pdf>

8. Urrea Á, Arroyo C. Representaciones sociales de los adultos mayores sobre, la automedicación, la medicación y los profesionales de la Salud [Tesis de pregrado]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2006 [consultado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/2447/tpsico184.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Zamora T. Salud mental en personas mayores de 60 años [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2021 [consultado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/117826/1/TomasZamoraIniesta%20Tesis.pdf>
10. Flores R. Estado mental y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el centro de salud de Santa Lucía, período 2022 [Tesis de pregrado]. Universidad Privada San Carlos, Perú; 2023 [consultado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: [http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC/491/Rosalina\\_COSI\\_FLORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC/491/Rosalina_COSI_FLORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Ruiz T. Abordaje de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención [Tesis de posgrado]. Universidad de Costa Rica; 2014 [consultado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/4054/1/38028.pdf>
12. Valverde M. Educación y calidad de vida de la persona adulta mayor [Tesis de posgrado]. Universidad de Costa Rica; 2022 [consultado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/88119/Tesis%20Doctoral%2031-01-%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Dunn R. Minority Studies. Los tres paradigmas y perspectivas sociológicas. 2022 [consultado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://espanol.libretexts.org/Ciencias\\_Sociales/Estudios\\_Etnicos/Estudios\\_de\\_Minor%C3%ADas\\_\(Dunn\)/08%3A\\_Los\\_tres\\_paradigmas\\_sociol%C3%B3gicas/8.01%3A\\_Los\\_tres\\_paradigmas\\_y\\_perspectivas\\_sociol%C3%B3gicas](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Estudios_Etnicos/Estudios_de_Minor%C3%ADas_(Dunn)/08%3A_Los_tres_paradigmas_sociol%C3%B3gicas/8.01%3A_Los_tres_paradigmas_y_perspectivas_sociol%C3%B3gicas)

14. Quiroa M. Paradigma social. 2020. [consultado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/paradigma-social.html>
15. Organización Mundial de la Salud, OMS. Envejecimiento y salud. 2022 [consultado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
16. Hechavarría M, et al. El envejecimiento. Repercusión social e individual. Revista Información Científica. 2018; 97(6) [consultado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332018000601173](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601173)
17. Mendizábal L, Rosario M. Envejecimiento activo un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. 2018 [consultado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292831>
18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Talleres de envejecimiento activo. España. 2019 [consultado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://fademur.es/fademur/wp-content/uploads/2019/07/manual-talleres-de-envejecimiento-activo\\_v1.pdf](https://fademur.es/fademur/wp-content/uploads/2019/07/manual-talleres-de-envejecimiento-activo_v1.pdf)
19. Ministerio de Salud. Estrategia de salud mental para personas mayores. Chile. 2019 [consultado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://facso.uchile.cl/dam/jcr:ce8670eb-e106-4bdc-a3c6-7763577c4a46/ESTRATEGIAS\\_SALUD\\_MENTAL.pdf](https://facso.uchile.cl/dam/jcr:ce8670eb-e106-4bdc-a3c6-7763577c4a46/ESTRATEGIAS_SALUD_MENTAL.pdf)
20. Bermeja A, Ausín B. Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. Revista española de Geriátría y Gerontología. 2017 [consultado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X17301282>
21. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. 2013 [consultado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259&strTipM](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259&strTipM)
22. Ortega M. Abordaje del paciente adulto mayor desde la atención primaria. Revista Electrónica de Portales Médicos. 2021; 16 (4) [consultado el 14 de septiembre de

- 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/abordaje-del-paciente-adulto-mayor-desde-la-atencion-primaria/>
23. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Política para mejorar la salud mental. 2023 [consultado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57236/OPASNMHMH230002\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57236/OPASNMHMH230002_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Bridley A, Daffin L. Fundamentals of psychological disorders. 2023 [consultado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://espanol.libretexts.org/Ciencias\\_Sociales/Psicologia/Fundamentos\\_de\\_los\\_Trastornos\\_Psicologicos\\_\(Bridley\\_y\\_Daffin\)/01%3A\\_Parte\\_I.\\_Preparando\\_el\\_escenario/01%3A\\_%C2%BFQu%C3%A9\\_es\\_la\\_Psicolog%C3%ADa\\_Anormal%3F/1.04%3A\\_La\\_historia\\_de\\_la\\_enfermedad\\_mental](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/Fundamentos_de_los_Trastornos_Psicologicos_(Bridley_y_Daffin)/01%3A_Parte_I._Preparando_el_escenario/01%3A_%C2%BFQu%C3%A9_es_la_Psicolog%C3%ADa_Anormal%3F/1.04%3A_La_historia_de_la_enfermedad_mental)
25. Padilla V. Promoción de la salud mental en el adulto mayor costarricense: importancia de la intervención de enfermería desde la atención primaria en salud. Revista Cúpula. 2020; 34:92–3 [consultado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v34n1-2/art06.pdf>
26. Cabanyes J, Monge ME. La salud mental y sus cuidados. 2017; (4) [consultado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/LibroSaludMentalCuidados.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroSaludMentalCuidados.pdf)
27. Gálvez M, et al. Mental health and quality of life in older adults: systemic review. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2020; 58(4) [consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v58n4/0717-9227-rchnp-58-04-0384.pdf>
28. Falvy I, et al. Conocimientos de médicos geriatras respecto a la terminalidad de pacientes con demencia avanzada. Revista Horizonte Médico. 2022 [consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2022000200002&lang=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2022000200002&lang=es)
29. Ministerio de Salud. Política nacional de salud mental 2012-2021. 2021 [consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio->

[snp.mideplan.go.cr/bitstream/handle/123456789/134/PP.041.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://snp.mideplan.go.cr/bitstream/handle/123456789/134/PP.041.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

30. Zurique C. Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2019; 2 [consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>
31. National Center for Health Statistics (NHCS). Clasificación internacional de enfermedades. (CIE – 10). 10ª revisión. 2020 [consultado el 08 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2018/02/21/demencia-pacientes-geriatricos-revision-bibliografica/>
32. Ayuso L, et al. Protocolo de detección y diagnóstico de la demencia en las consultas generales de neurología. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2019; 74(12): 4367 [consultado el 9 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6863730>
33. Rodríguez L. Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. 2022 [consultado el 9 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2022000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000300004)
34. Ferreyra M. Detección del Alzheimer en adultos mayores. 2022 [consultado el 9 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.neuronup.com/estimulacion-y-rehabilitacion-cognitiva/enfermedades-neurodegenerativas/enfermedad-de-alzheimer/deteccion-de-alzheimer-en-adultos-mayores/>
35. Brüning K. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. 2019; 1–4 [consultado el 9 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>
36. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*. 2018; 29(3) [consultado el 9 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2018000300009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009)
37. Vargas M, et al. Suicidio en adultos mayores en Costa Rica durante el período 2010-2014. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2017; 34(1) [consultado el 9 de octubre de 2023]. Disponible en:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100002](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100002)

38. Martínez L, et al. Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. 2018; 100 [consultado el 9 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2018/vol26/no2/6.pdf>
39. Baños J, et al. Análisis de red de la comorbilidad entre síntomas de ansiedad e insomnio en adultos. Revista Cubana de Medicina Militar. 2022; 51(2) [consultado el 9 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572022000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572022000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
40. Chacón E, et al. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cúpula. 2021; 26–34 [consultado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
41. Guerrero F, Sánchez P. Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. 2020 [consultado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/05/135-162\\_TEMA-06\\_MOD-3.pdf](https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/05/135-162_TEMA-06_MOD-3.pdf)
42. Cepero I, et al. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. Revista Electrónica MediSur. 2020; 18(1): 112–25 [consultado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180063259016/html/>
43. D’Hyver C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2018; 61(1) [consultado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000100033](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100033)
44. Organización Panamericana de la Salud, OPS. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. 2018 [consultado el 20 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9)

45. Arrieta M, Molero P. Trastorno bipolar. 2019 [consultado el 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>
46. American Psychiatric Association, APA. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos. DSM-5 actualización. 2018 [consultado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: [https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\\_febrero2020\\_es-1582293248103.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_febrero2020_es-1582293248103.pdf)
47. Internacional Society of Drug Bulletins, ISDB. Medications for bipolar disorder. 2017 [consultado el 3 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago201701/03\\_medi/](https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago201701/03_medi/)
48. Community Health Network, CHN. Los 3 trastornos de salud mental más comunes en los Estados Unidos. 2022 [consultado el 3 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.achn.net/es/acerca-de-access/que-hay-de-nuevo/recursos-para-salud/los-3-trastornos-de-salud-mental-mas-comunes-en-los-estados-unidos/>
49. Pan American Life. Salud mental en América Latina y el Caribe. 2020 [consultado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.palig.com/Media/Default/Documents/Salud%20Mental%20White%20Paper%20PALIG.pdf>
50. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva 2021. 2023 [consultado el 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf)
51. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Naciones Unidas. 2018 [consultado el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
52. Rodríguez L, Ramírez M. Barreras y facilitadores en el acceso a servicios de salud mental reportados por población atendida en un centro de atención psicológica universitario, Bogotá D.C., 2022. Pontificia Universidad Javeriana; 2023 [consultado

- el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/64540/Barreras%20y%20facilitadores%20en%20el%20acceso%20a%20los%20servicios%20de%20Salud%20Mental%20-%20Maestr%C3%ADa%20en%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
53. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas. 2023 [consultado el 17 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57355/9789275326985\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57355/9789275326985_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
54. de Garay J. Barreras de acceso a los servicios de salud mental en Argentina. 2023 [consultado el 24 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
<https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/wp-content/uploads/2023/04/Barreras-en-el-acceso-a-servicios-de-salud-mental-Observatorio-Humanitario.pdf>
55. Kohn R. La brecha de tratamiento en la Región de las Américas. 2017 [consultado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en:  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es)
56. Rodrigues P., et al. Dificultades en el acceso a los servicios de salud entre personas mayores no institucionalizadas: prevalencia y factores asociados. Revista Brasileña de Geriátría y Gerontología. 2020 [consultado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en:  
<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Pss8W5BngK8L6xXYYvm3RqP/?format=pdf&lang=pt>
57. Jiménez D, et al. Centering culture in mental health: differences in diagnosis, treatment, and access to care among older people of color. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2022; 1236 [consultado el 24 de noviembre de 2023].

Disponible en: <https://www.ajgponline.org/action/showPdf?pii=S1064-7481%2822%2900462-6>

58. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. Salud mental en personas mayores. 2019 [consultado el 10 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores?idiom=es#:~:text=La%20salud%20mental%20de%20las,de%20vida%20s anos%20e%20integrados>.
59. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 2019; 13(1) [consultado el 19 de diciembre de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-25162019000100008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008)
60. Torales J, Barrios I. Diseño de investigaciones: algoritmo de clasificación y características esenciales. Medicina clínica y social. 2023; 7(3): 216 [consultado el 3 de enero de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.52379/mcs.v7i3.349>

## **CAPÍTULO VII- ANEXO**

**Anexo. Clasificación según niveles de evidencia:**

<b>No.</b>	<b>Autor/Abrev. Revista/Año</b>	<b>Título del artículo</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Población</b>	<b>Metodología</b>	<b>Resultados y conclusiones</b>
1	OMS/ Documentos básicos/2020.	Documentos básicos.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	Comprensión de la importancia de la prevención de enfermedades, promoción de la salud y estrategias para abordar los factores de riesgo que afectan a la salud de las poblaciones.
2	DM, QD/ Universidad Autónoma de Bucaramanga /2018.	Bienestar psicológico del adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca.	Revisión sistemática	1	Adultos mayores de diferentes fundaciones	Cuantitativa	El bienestar psicológico en el adulto mayor está estrechamente relacionado con el crecimiento personal, las relaciones interpersonales y el propósito de vida, considerando este último como el nivel de

							motivación que tienen las personas para lograr los objetivos o metas que dan sentido a la vida de cada individuo.
3	UCR/ Informe de Costa Rica/2020.	II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.	Metaanálisis	1	Persona adulta mayor en Costa Rica.	Cualitativa	Expone las características demográficas de la población de 65 años y más, el proceso de envejecimiento poblacional, las diferencias y características demográficas de la población adulta mayor.
4	INADI, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos/ 2018.	Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios.	Revisión bibliográfica	5	Adultos mayores de Argentina.	Cualitativa	La edad no representa un indicador válido para determinar el estado de salud psicofísico, nivel intelectual, capacidad de

							integración y comunicación de las personas adultas mayores.
5	CEPAL/ 2021.	Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe.	Revisión sistemática	1	Personas mayores en América Latina y el Caribe.	Cualitativa	Plantea su reflexión sobre las múltiples dimensiones del envejecimiento, la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas mayores y el desarrollo sostenible, con la perspectiva de género como eje transversal.
6	OPS, Health information platform for the Americas (PLISA)/ 2019.	Panorama demográfico regional.	Metaanálisis	1	Población total de América.	Cuantitativa	En los últimos 25 años, la región en su totalidad ha crecido 31%. En el 2019, los diez países con la población más grande constituyen 89% del total de la región, y han crecido 30% desde 1995.

7	National Institute of Mental Health/2021.	Las enfermedades crónicas y la salud mental: cómo reconocer y tratar la depresión.	Informe de casos	4	General	Cualitativa	La depresión afecta a cada persona de manera diferente. No existe un tratamiento único para todos. Puede ser necesario intentar diferentes cosas para encontrar el tratamiento que funcione mejor.
8	UA, AC/ Universidad Academia de Humanismo Cristiano/ 2006.	Representaciones sociales de los adultos mayores sobre, la automedicación, la medicación y los profesionales de la Salud.	Revisión sistemática	1	Diez adultos mayores, quienes padecen de enfermedades crónicas (cardiovasculares y diabetes mellitus).	Cualitativa	Los adultos mayores constituyen un capital social capaz de entregar diversos aportes a la comunidad; por tanto, son un recurso humano disponible.
9	ZT/ Universidad	Salud mental en personas	Revisión sistemática	1	Personas mayores de 60 años.	Cualitativa	Las mujeres presentan mayores prevalencias en alteraciones

	de Murcia/2021.	mayores de 60 años.					psicopatológicas frente a los hombres.
10	FR/ Universidad Privada San Carlos/2023.	Estado mental y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el centro de salud de Santa Lucía, período 2022.	Revisión sistemática	2	Adultos mayores del centro de salud de Santa Lucía, Perú.	Cuantitativa	El estado mental, según se encuentra representado en la memoria inmediata, en la atención y en la orientación.
11	RT/ Universidad de Costa Rica/2014.	Abordaje de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención.	Revisión bibliográfica	5	Adulto mayor	Cualitativa	Debe capacitarse al personal de salud como parte de la atención geriátrica en la atención primaria, sobre técnicas para indagar los factores de riesgo establecidos para el desarrollo de la depresión en este grupo etario.

12	VM/ Universidad de Costa Rica/2022.	Educación y calidad de vida de la persona adulta mayor.	Revisión bibliográfica	5	Persona adulta mayor	Mixta: cuantitativa y cualitativa	Esta investigación muestra que existe un interés genuino de las PAM por seguir aprendiendo, de mantenerse activos, disfrutando y gozando plenamente de la actividad del momento, de sentirse y saberse sujetos de desarrollo a través de la educación, siendo incluidos y visibilizados en la sociedad de forma permanente.
13	DR/ Minority Studies/ 2022	Los tres paradigmas y perspectivas sociológicas.	Revisión bibliográfica	5	General	Cualitativa	Los paradigmas son amplios puntos de vista o perspectivas que les permiten, a los científicos sociales, contar con una amplia gama de

							herramientas para describir la sociedad, y luego construir hipótesis y teorías.
14	QM/ Economipe- dia/2020.	Paradigma social.	Revisión bibliográfica	5	General	Cualitativa	Un paradigma es algo que se aprende por imitación, por cualquier individuo que forma parte de un grupo social.
15	OMS/2022.	Envejecimiento y salud.	Revisión sistemática	1	Adultos mayores	Cualitativa	El ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado.
16	HM, et al./Revista Información Científica/ 2018.	El envejecimiento. Repercusión social e individual.	Revisión bibliográfica	5	Adultos mayores	Cualitativa	El envejecimiento y la vejez dependen de la calidad de vida que se lleve desde el nacimiento. Para envejecer con salud se deben mejorar las condiciones de vida de toda la población.

17	ML, RM/2018.	Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez.	Revisión sistemática	1	Adulto mayor	Cualitativa	El envejecimiento activo, donde está presente el concepto de educación y aprendizaje a lo largo de la vida, va dirigido a todos los grupos de edad, especialmente a las personas mayores.
18	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social/2019.	Talleres de envejecimiento activo.	Revisión sistemática	1	Adulto mayor	Cualitativa	El programa desarrolla una serie de talleres, enfocados al empoderamiento y la prevención de la dependencia.
19	Ministerio de Salud/2019.	Estrategia de salud mental para personas mayores.	Revisión sistemática	1	Adulto mayor	Cualitativa	La salud mental en la vejez es el resultado de la interacción de múltiples factores a lo largo de la vida y la posibilidad de experimentar un proceso de envejecimiento

							satisfactorio está determinado por el nivel de bienestar alcanzado.
20	BA, AB/ Revista española de Geriatría y Gerontología/ 2017.	Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucional- izado: una revisión de la literatura científica.	Revisión sistemática	1	Adulto mayor	Cualitativa	Los resultados de esta revisión confirman que las personas mayores, quienes participan en estos programas, refieren mejorías significativas en sus niveles de soledad.
21	ALRCR/ 2013.	Ley Integral para la Persona Adulta Mayor.	Ley de Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica	1	Adulto mayor	Cualitativa	Figura judicial cuyo propósito es proteger al adulto mayor y sancionar a quien incumpla con los estatutos establecidos en ella.

22	OM/ Revista Electrónica de Portales Médicos/ 2021.	Abordaje del paciente adulto mayor desde la atención primaria.	Revisión bibliográfica	5	Adulto mayor	Cualitativa	Los adultos mayores experimentan cambios biológicos y psicológicos influenciados por factores socioculturales, económicos y físicos, que pueden aumentar su vulnerabilidad.
23	OPS/2023.	Política para mejorar la salud mental.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	Esta política apoyará el logro de los objetivos del Plan estratégico de la OPS 2020-2025 y de la Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030.
24	BA, DL/ Libretexs/ 2023.	Fundamentals of psychological disorders.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	La percepción de la enfermedad mental ha evolucionado a lo largo de la historia, desde ser vista como posesión demoníaca hasta el uso popular de medicamentos

							psiquiátricos a partir de la década de 1950.
25	PV/ Revista Cúpula/ 2020.	Promoción de la salud mental en el adulto mayor costarricense: importancia de la intervención de enfermería desde la atención primaria en salud.	Revisión sistemática	1	Adulto mayor	Cualitativa	Después de haber reconocido la importancia de la salud mental, se ha tomado como objetivo el proporcionar no solamente una esperanza de vida más amplia, sino una mejor calidad de ella.
26	CJ, MM/ EUNSA/ 2017.	La salud mental y sus cuidados.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	Reflexión sobre los cuidados de salud que deben recibir las personas con enfermedad mental.
27	GM, et al./ Revista chilena de	Salud mental y calidad de vida	Revisión sistemática	1	Adultos mayores	Cualitativa	Se identificaron varios factores que afectan positiva o negativamente

	neuro- psiquiatría/ 2020.	en adultos mayores: revisión sistémica.					la relación entre la salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores.
28	FI, et al./ Horizonte Médico/ 2022.	Conocimientos de médicos geriatras respecto a la terminalidad de pacientes con demencia avanzada.	Revisión sistemática	1	Médicos geriatras	Cualitativa	Deben realizarse capacitaciones dirigidas a establecer pronósticos y mejorar la toma de decisiones de los médicos involucrados en el tratamiento de los adultos mayores con demencia.
29	Ministerio de Salud/2021.	Política nacional de salud mental 2012-2021.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	Establece los lineamientos para la atención de la salud mental en Costa Rica.
30	ZC/ Revista Española de Geriatría y Gerontología/ 2019.	Prevalencia de demencia en adultos mayores de América	Revisión sistemática	1	Adultos mayores de América Latina	Cuantitativa	Primera revisión sistemática, que sugiere una prevalencia de demencia en adultos mayores de América

		Latina: revisión sistemática.					Latina mayor que la estimada por organizaciones internacionales.
31	NHCS/2020.	Clasificación internacional de enfermedades (CIE – 10).	Revisión sistemática	1	Pacientes geriátricos	Cualitativa	Describe las clasificaciones de las diferentes enfermedades existentes a nivel mental y físico.
32	AL, et al./ Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado/ 2019.	Protocolo de detección y diagnóstico de la demencia en las consultas generales de neurología.	Revisión sistemática	1	Pacientes con demencia	Cualitativa	La labor del neurólogo en las consultas de neurología general, con respecto al deterioro cognitivo, consiste en realizar una valoración diagnóstica a los pacientes derivados por otros profesionales médicos por sospecha de demencia y/o detectarla precozmente.

33	RL/2022.	Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento.	Revisión bibliográfica	5	Adultos mayores	Cualitativa	La demencia por Alzheimer es de las primeras causas de discapacidad en adultos mayores, y es la mayor contribuyente de dependencia.
34	FM/2022.	Detección del Alzheimer en adultos mayores.	Revisión bibliográfica	5	Adultos mayores	Cualitativa	El aumento en la expectativa de vida de la población ha ocasionado que en los últimos años se produzca un incremento en la prevalencia de personas que padecen enfermedad de Alzheimer.
35	BK/2019.	Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar.	Revisión bibliográfica	5	Adultos mayores	Cualitativa	La depresión en adultos mayores no es parte normal del envejecimiento, siendo importante pesquisarla de forma precoz.

36	CD/ Revista Médica Herediana/ 2018.	Epidemiología de la depresión en el adulto mayor.	Revisión bibliográfica	5	Adulto mayor	Cualitativa	La depresión y la demencia son los trastornos neuro-psiquiátricos más frecuentes en el adulto mayor.
37	VM, et al./ Medicina Legal de Costa Rica/ 2017.	Suicidio en adultos mayores en Costa Rica durante el período 2010-2014.	Estudios de casos	3	Adulto mayor	Cualitativa	La población mayor de 65 años es un grupo vulnerable para cometer suicidio. El envejecimiento y sus cambios retan al individuo y lo predispone a conductas suicidas.
38	ML/2018.	Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en	Metaanálisis	1	Adultos mayores	Cualitativa	La respiración profunda como parte de la intervención logró cambios positivos y disminuyó niveles de ansiedad en el adulto mayor.

		adultos mayores.					
39	BJ, et al./ Revista Cubana de Medicina Militar/ 2022.	Análisis de red de la comorbilidad entre síntomas de ansiedad e insomnio en adultos.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	Los problemas para relajarse y la calidad general del sueño se identificaron como síntomas puente entre la ansiedad y el insomnio.
40	CE, et al./ Revista Cúpula/ 2021.	Generalidades sobre el trastorno de ansiedad.	Revisión bibliográfica	5	General	Cualitativa	Se concluye que los trastornos de ansiedad representan el segundo trastorno más discapacitante en América.
41	GF, SP/ 2020.	Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo	Revisión bibliográfica	5	General	Cualitativa	Comenta los trastornos de ansiedad en todas las edades, así también el trastorno obsesivo compulsivo, entre otros.

		en la infancia y la adolescencia.					
42	CI, et al./ Revista electrónica MediSur/ 2020.	Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica.	Revisión bibliográfica	5	Adulto mayor	Cualitativa	Las consecuencias de los trastornos del sueño en el adulto mayor incluyen la limitación de las actividades de la vida diaria, una pérdida de la funcionalidad, deterioro en la calidad de vida, incremento en la mortalidad y morbilidad.
43	DC/ Revista de la Facultad de Medicina/ 2018.	Alteraciones del sueño en personas adultas mayores.	Revisión sistemática	1	Adultos mayores	Cualitativa	El insomnio es un padecimiento frecuente en los adultos mayores, e involucra una gran cantidad de factores.
44	OPS/2018.	La carga de los trastornos mentales en la	Metaanálisis	1	General	Cuantitativa	Los trastornos mentales constituyen un grupo de enfermedades y afecciones que son una

		Región de las Américas.					causa importante de discapacidad y mortalidad.
45	AM, MP/2019.	Trastorno bipolar.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno mental grave que se caracteriza por la presencia de fluctuaciones marcadas y persistentes del estado de ánimo, que van desde el polo depresivo hasta el maníaco.
46	APA/ DSM-5/ 2018.	Manual diagnóstico y estadístico de trastornos.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	Manual que describe el diagnóstico de los diferentes trastornos mentales existentes.
47	ISDB/2017.	Medications for bipolar disorder.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	El trastorno bipolar es una enfermedad mental crónica, que causa cambios inusuales en el estado de ánimo y en los

							niveles de energía y actividad.
48	CHN/2022.	Los 3 trastornos de salud mental más comunes en los Estados Unidos.	Revisión bibliográfica	5	Adultos	Cualitativa	Uno de cada cinco adultos en Estados Unidos de América padece de una enfermedad mental a lo largo de su vida.
49	Pan American Life/ 2020.	Salud mental en América Latina y el Caribe.	Revisión sistemática	1	General	Cualitativa	Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se han generalizado en América Latina y el Caribe. Estas afecciones representan cerca del 20% de la carga total de discapacidad.
50	ENASEM/ 2023.	Encuesta de evaluación cognitiva 2021.	Estudios de casos	3		Cualitativa	La ENASEM trata temas como el estado de salud, migración, redes familiares, ingresos,

							presencia de limitaciones físicas o enfermedades, estado cognitivo y emocional, actividades diarias y uso de tiempo.
51	CEPAL/2018	Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible.	Metaanálisis	1	Adultos mayores	Cualitativa	Describe el envejecimiento demográfico como un proceso en marcha, con variaciones subregionales y entre países, pero bien establecido.
52	RL, RM/2023.	Barreras y facilitadores en el acceso a servicios de salud mental reportados por población	Estudios de casos	3	General	Cualitativa	A modo de conclusión, es preciso iniciar procesos estructurados de sensibilización y educación con comunidades y colectivos, acerca del conocimiento de la salud mental, los

		atendida en un centro de atención psicológica universitario, Bogotá D.C., 2022.					trastornos mentales, la reducción del estigma y la rehabilitación social y laboral.
53	OPS/2023.	Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas.	Revisión sistemática	1	Adultos mayores de América	Cualitativa	Las personas mayores pueden presentar características que repercuten en su acceso a los servicios de salud, así como en su uso, en comparación con las jóvenes.
54	DGJ/ Cruz Roja Argentina/ 2023.	Barreras de acceso a los servicios de salud mental en Argentina.	Estudios de casos	3	General	Cualitativa	Se ha indagado sobre las diferentes barreras para acceder a servicios de salud mental que enfrentan las personas.

55	RK/2017.	La brecha de tratamiento en la región de las Américas.	Metaanálisis	1	General	Cualitativa	La importancia de abordar la brecha terapéutica en el campo de la salud mental viene marcada por la discapacidad asociada.
56	RP/ Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia/ 2020.	Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados.	Revisión sistemática	1	Adulto mayor	Cualitativa	Algunas de las dificultades del acceso a los servicios de salud se relacionan con una percepción negativa de la propia salud y de ser clasificado como adulto mayor frágil.
57	JD, et al./ The American Journal of Geriatric Psychiatry/ 2022.	Centering culture in mental health: differences in diagnosis, treatment, and access to care	Revisión bibliográfica	5	Adultos mayores de raza negra		Aunque los trastornos de salud mental no discriminan por motivos de raza, etnia o edad, las personas mayores de color enfrentan una cantidad desproporcionada de

		among older people of color.					desafíos en todo el proceso de atención, debido al racismo.
58	INAPAM/ 2019.	Salud mental en personas mayores.	Revisión bibliográfica	5	Adultos mayores	Cualitativa	El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), a favor de este grupo poblacional, se interesa en la salud mental de las personas mayores.
59	SF/ Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria/ 2019.	Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos.	Revisión bibliográfica	5	General	Cualitativa	La investigación cuantitativa puede comenzar donde termina la investigación cualitativa, cuando esta propone hipótesis de medición para conocer con mayor precisión la naturaleza del fenómeno y, así, tener un

							conocimiento integral de este.
60	TJ, BI/ Medicina clínica y social / 2023.	Diseño de investigaciones: algoritmo de clasificación y características esenciales.	Revisión bibliográfica	5	General	Cualitativa	El diseño de una investigación es crucial, porque sobre este se sostiene el marco para la realización de un estudio.