

PERFIL FUNCIONAL DE PERSONAS MAYORES CON TRASTORNO MENTAL EN UN SERVICIO RESIDENCIAL ESPECIALIZADO

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	3
Personas mayores con trastorno mental	3
Modelo de atención	4
MATERIAL Y METODOS	5
Descripción de la muestra	5
Procedimiento de recogida de datos	5
Triage de valoración inicial de Trastorno mental Grave	5
Índice de Niveles Asistenciales por Funcionalidad - INAF	6
RESULTADOS	8
Triage inicial de personas mayores con trastorno mental grave	8
Autonomía en actividades de la vida diaria	9
Nivel cognitivo	10
Comorbilidad, fragilidad y dependencia sanitaria	11
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFÍA	14

AUTORÍA PRINCIPAL:

Isabel Martínez. Terapeuta Ocupacional, Psicóloga. Terapeuta Ocupacional Residencia de Psicogeriatría Puerta de Hierro para personas mayores con trastorno mental. Grupo 5.

Óscar Sánchez Rodríguez. Trabajador Social. Terapeuta Ocupacional. Responsable Técnico. Clariane.

Luis Agüera. Médico. Psicogeriatría. Consultor externo Residencia Puerta de Hierro.

Elena Hereza. Directora Residencia de Psicogeriatría Puerta de Hierro para personas mayores con trastorno mental. Grupo 5.

Miguel Simón. Doctor en Psicología. Director Técnico y de Calidad. Clariane.

RESUMEN

Este artículo muestra un estudio descriptivo transversal de los perfiles de la demanda recibida en la Residencia de Psicogeriatría Puerta de Hierro para personas mayores con enfermedad mental. El estudio se centra sobre una muestra de 36 personas, estableciendo un sistema inicial de valoración que está conformado por un triaje sobre elementos clínicos y funcionales del trastorno mental y por el Índice de Nivel Asistencial por Funcionalidad (INAF) formado por la evaluación del nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (Barthel), funcionamiento cognitivo (Mini examen cognoscitivo), nivel de problemas de salud y afectación funcional (nivel de comorbilidad), y nivel de problemas de conducta (intensidad y gravedad). Este sistema permite establecer los niveles ajuste del perfil en criterios de salud, funcionales y necesidades de apoyo de las personas usuarias.

Se concluye que es necesario establecer una valoración específica y diagnóstico para identificar las diversas dimensiones influyentes, estableciendo niveles preventivos, rehabilitadores y sistemas de apoyo en el funcionamiento diario. Igualmente, fortalecer las intervenciones centrada en la calidad de vida diaria de las personas mayores que tienen diagnóstico de trastorno mental.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, Enfermedad Mental, Personas Mayores, Perfil funcional

ABSTRACT

This article shows a descriptive cross-sectional study of the profiles of the demand received at the Puerta de Hierro Psychogeriatric Residence for older people with mental illness. The study focuses on a sample of 36 people, proposes an initial assessment system that is based on a triage on clinical and functional elements of the mental disorder and by the Functionality Assistance Level Index (INAF) formed by the evaluation of the level of autonomy in activities of daily living (Barthel), cognitive functioning (Mini cognitive exam), level of health problems and functional impairment (comorbidity level), and level of behavioural problems (intensity and severity). This system allows establishing the levels of the profile in health criteria, functional adjustment, and support needs of the users.

It is concluded that it is necessary to establish a specific assessment and diagnosis to identify the various predominant dimensions, reach preventive and rehabilitative levels and support systems in daily functioning. Similarly, strengthen interventions focused on the quality of daily life of older people who have a diagnosis of mental disorder.

KEY WORD

Mental Health, Mental Disorder, Older People, Functional Profile

INTRODUCCIÓN

Los datos de la Organización Mundial de la Salud señalan que la proporción de la población mundial mayor de 60 años pasará del 12% al 22% entre 2015 y 2050. Esto significa que 1 de cada 5 personas estará en la tercera edad.

En términos absolutos, este es un aumento esperado de 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años.

Las personas mayores enfrentan desafíos especiales de salud física y mental que deben ser reconocidos. (OMS, 2022)

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, en la Europa del año 2000 el 15% de la población alcanzaba los 65 años o más, y que casi un 7% igualaba o sobrepasaba los 75 años. En 2030, estas cifras aumentarán al 24% de mayores de 65 años y 12%, de mayores de 75 años. (Abellon, 2016)

España es uno de los países en el mundo con un proceso de envejecimiento más acusado (INE, 2021), (Statista, 2022)

- Según los datos del Padrón de 2021, en España residían 9.310.828 personas de 65 o más años, lo que suponía un 19,65% sobre el total de la población. En 2022, se estima en 9.540.000 personas.
- Esta franja de edad crece casi 10 puntos desde los años 70. Entre 2002 y 2022, la población en este rango de edad ha aumentado en más de dos millones de habitantes.
- La población de 80 y más años, representa el 6,1% (2.860.959 personas) de toda la población y un 1,2% (551.450 personas) tiene más de 90 años.
- En 2030, el 23% de la población tendrá 65 años o más.
- Los cálculos del INE para los próximos 50 años estiman más de 14 millones de personas mayores en España, esto es, un tercio de la población.
- El índice de envejecimiento de España -los mayores de 65 años divididos por los menores de 16 años- ha crecido exponencialmente desde 1979 y se sitúa en la actualidad en 122,97 frente al dato de 38,26 de hace cuarenta años.

Este aumento cuantitativo de la población mayor y de la esperanza de vida implica una correlación con el incremento de las situaciones de vulnerabilidad en los dominios de salud y situaciones sociales, así como con los niveles de la autonomía personal y las situaciones de dependencia.

Además, no sobra recordar que las personas mayores tienen que enfrentar complejos desafíos en salud física, mental y social y que son reconocidos por todos los organismos y acuerdos vigentes sobre los derechos humanos la disposición de sistemas de apoyo centrados en las personas y en la calidad de vida.

Siguiendo los datos de la Organización Mundial de la Salud ¹, más del 20% de los adultos mayores de 60 años padecen un Trastorno Mental o neurológico.

El 6,6% de todas las discapacidades (años de vida ajustados por discapacidad – AVAD o DALY - Disability Adjusted Life Years) entre las personas mayores de 60 años se atribuyen a trastornos mentales y neurológicos. Representan el 17,4% de los años vividos con discapacidad.

Los trastornos mentales más comunes son la depresión (7% de la población mayor del mundo), trastornos de ansiedad (3,8% de la población mayor), uso de sustancias (1%) y alrededor de una 1/4 de las muertes por autolesiones ocurren entre personas de 60 años o más.

La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad.

Datos sobre discapacidad por enfermedad mental por franjas de edad. ²

Estatal: 545.232 personas

- Menos de 7 años: 8.761 (1,6%)
- 7 a 17 años: 43.078 (7,9%)
- 18 y 34 años: 49.248 (9,0%)
- 35 y 64 años: 288.063 (52,8%)
- 65 y 79 años: 97.883 (18,0%)
- Mayores de 80 años: 58.199 (10,7%)

Comunidad de Madrid: 57.14 personas. (10,5%)

- Menos de 7 años: 1.634
- De 7 a 17 años: 5.951
- 18 y 34 años: 5.639
- 35 y 64 años: 30.312
- 65 y 79 años: 9.059
- Mayores de 80 años: 4.552

¹ WHO (2017). Salud mental de los adultos mayores. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

² IMSERSO (2018) Base de datos estatal de personas con discapacidad. Informe 2018

https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/index.htm

ANTECEDENTES

Personas mayores con trastorno mental

En el estudio ESEMED (Haro et al, 2006) sobre los trastornos mentales en España se concluyó una prevalencia para cualquier Trastorno Mental en personas mayores de 65 años de 6,6 y de 9,1 en personas adultas entre 50 y 64 años. Desagregando por tipologías:

- Trastornos afectivos 4,4
- Trastornos de ansiedad: 3,9

En 2014, en las IV Jornadas Nacionales sobre Esquizofrenia, se concluyó que en España había unas 500.000 personas afectadas de esquizofrenia, (1% de la población) de las cuales, 48.000 personas mayores de 65 años (9,6% del total de personas con esquizofrenia y un 0,10% de la población española). Además, se consideraron 2 dimensiones clave. Por un lado, que los datos se irían incrementando asociado al envejecimiento de la población y la mayoría de las personas no reciben un tratamiento adecuado a sus necesidades asistenciales, nivel funcional y cognitivo. (Carrasco, M., 2014)

La frecuencia de síntomas psicóticos en personas mayores suele ser mayor que en cualquier otro grupo de edad, situándose la prevalencia entre el 5 y el 15% de los adultos mayores, mientras que en residencias geriátricas puede aumentar hasta en un 62%, causando además el 10% de los ingresos hospitalarios del adulto mayor. (Sánchez M, Agüera L, Martín M, et. al., 2015)

- En 2016, un estudio del Observatorio Estatal de la Discapacidad sobre mayores de 55 años con trastorno mental grave en Extremadura concluyó que solo un 24% disponía de la valoración de dependencia. El 31% presentaba, al menos, otra discapacidad (visual, física motora y la discapacidad física orgánica). El 95% vivía en su domicilio (46% con su pareja, el 38% y un 16% con padre y/o madre). El 26% presentaba trastorno bipolar; un 21% trastornos esquizofrénicos y el 10% trastornos esquizoafectivos y trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad. Un 76% de estas personas con TMG tiene más de 10 años de diagnóstico, el 8% de la muestra presenta conductas disruptivas "muchas veces"; un 33% "pocas veces" y el 59% nunca. (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2016)



En la Estrategia Nacional de Salud Mental de 2007 se argumentaba la prevalencia de trastornos mentales destacando:

- La prevalencia de los trastornos afectivos aumenta con la edad, siendo del 25% en los mayores de 65 años y del 22,3% entre los 45-64 años
- En Zaragoza, sobre una muestra aleatoria de 1.080 personas de población general, se detectó una prevalencia global de trastornos mentales en personas mayores de 65 años del 11,9% (depresión, 4,8% y otros trastornos, 1,6% demencia, 5,5%;). (Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C., 1995)
- En Galicia, en una muestra aleatoria de 3.580 personas mayores de 60 años, se encontró una tasa de prevalencia global del 24% y del 16,6% si se excluye el déficit cognitivo. El patrón de morbilidad fue el siguiente: depresión mayor, 5,5; distimia, 5,6; trastornos de ansiedad y somatoformes, 7,1. (Mateos R, Droux A, Páramo M, González F, et al, 2000)
- El riesgo suicidio aumenta con la edad. Los factores de riesgo asociados con el suicidio en población mayor son principalmente la presencia de condiciones o enfermedades crónicas asociadas, estado terminal de la enfermedad, trastornos psiquiátricos (sobre todo depresión), conflictos o estrés en las relaciones interpersonales, aislamiento social, la soledad y el abuso de sustancias.
- Por lo que respecta a la prevalencia atendida, los estudios realizados en las últimas décadas ponen de manifiesto que la población de personas con más de 65 años ingresados en servicios de agudos de psiquiatría varía entre el 5,1% y el 12,6%.
- En un estudio sobre una muestra de 126 personas mayores de 65 años que vivían solos/as o en convivencia con otras personas mayores de 65 años, con necesidades sociales y/o sanitarias no cubiertas y en situación de vulnerabilidad y con escasa red de apoyo social, se encontró que:
 - Un 60% de la muestra presenta sintomatología compatible con algún Trastorno Mental grave
 - Los principales trastornos psiquiátricos encontrados fueron: trastorno psicótico o presencia de sintomatología psicótica (25,8%), seguido del abuso de alcohol (16,1%), los trastornos de personalidad (14,3%) y trastorno del estado de ánimo (10%).

La edad avanzada es el periodo de la vida en el que es más frecuente encontrar fenómenos de la esfera psicótica como delirios, alucinaciones, suspicacia, hostilidad o agitación psicomotriz. Las enfermedades que con mayor frecuencia presentan estos síntomas son la esquizofrenia de inicio tardío, la depresión psicótica, los trastornos bipolares, los esquizoafectivos, el trastorno delirante y las demencias.

Por su propia naturaleza y con independencia de la edad de quien los sufra, los fenómenos psicóticos son generalmente graves, persistentes en el tiempo, en ocasiones disruptivos, producen un gran sufrimiento al paciente y su entorno y tienen escasa tendencia a la remisión espontánea. (Agüera, L et al, 2017)

En la Estrategia Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022-2027 se establece como premisa relevante la necesidad de diseñar procesos de intervención en colectivos vulnerables mencionando de manera específica a las personas mayores (con especial atención a aquellas que se encuentran en una situación de soledad no deseada. (Gobierno de España, 2022)

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental entre los que se encuentran las personas que ya tienen problemas de salud de larga duración. Por lo tanto, las personas mayores son uno de los grupos claves para abordar carteras de servicios innovadoras y especializados centrados en la prevención, rehabilitación y apoyos para la calidad de vida (Polonio & Sánchez, 2013).

En este reto, plantea la necesidad de abandonar el Modelo centrado en recursos hospitalarios frente al desarrollo comunitario con el necesario reforzamiento de los sistemas de apoyo alternativas a los cuidados informales

La estrategia pone el foco en la recuperación como meta que tiene el objetivo final de que la persona desarrolle su vida en igualdad y dignidad. Por lo tanto, se compromete a gestionar servicios centrados en una mayor implicación y protagonismo de las personas en propio proceso; a quienes le acompañan en la vida cotidiana y construyen juntos las formas de vivir; a los profesionales o técnicos que han de pasar de poseedores del saber a acompañantes en el proceso y a la sociedad que ha de ofrecer el marco de ejercicio de la autonomía, la libertad y el desarrollo del derecho a vivir en situaciones de igualdad

Modelo de atención

La residencia Puerta de Hierro Grupo 5 de atención de psicogeriatría para personas mayores con enfermedad mental, se caracteriza por ser un centro que está estructurado metodológicamente en unidades convivenciales. Se fundamenta en un modelo de intervención en salud mental comunitario centrado en la prevención y en la recuperación de los niveles de autonomía personal, gestionando la atención centrada en la persona con apoyos conductuales positivos y para la calidad de vida.

Se fundamenta en espacios arquitectónicos y ambiental para el bienestar en la vida diaria, la formación continua de los profesionales y en la aplicación de innovación e investigación en las intervenciones para lograr la máxima repercusión en la de la calidad de vida de las personas usuarias residentes.

Las personas destinatarias principales son adultas mayores en situación de dependencia y/o discapacidad vinculada a Trastorno Mental con edades de 65 o más años (o de 55 a 65 con prescripción facultativa de atención psicogeriatrica).

El perfil de atención se dirige a la atención a personas con Trastorno Mental grave que, a su vez, presentan necesidades sociales y sanitarias ligadas a su proceso de envejecimiento, vayan o no acompañadas de trastornos conductuales y sin excluir a aquellas personas que puedan presentar discapacidad intelectual.

Los perfiles diagnósticos psiquiátrico están centrados fundamentalmente en personas que presentan esquizofrenia, psicosis de inicio tardío, depresión psicótica, trastorno bipolar y otros trastornos afectivos, sin descartar otros afines.

Áreas y programas de intervención en la Residencia Puerta de Hierro Grupo 5

- Alojamiento y convivencia
 - Gestión de la vida diaria
 - Programa de alimentación
- Promoción de los dominios de salud
 - Atención psiquiátrica
 - Gestión de cuidados de salud
 - Programa de cuidado del sueño
 - Manejo de emociones en la vida diaria
- Rehabilitación y apoyos para autonomía
 - Entrenamiento en AVD
 - Apoyo al funcionamiento psicomotor
 - Rehabilitación y apoyo cognitivo
- Participación social
 - Gestión de la convivencia
 - Participación familiar
 - Participación en la comunidad

MATERIAL Y METODOS

Descripción de la muestra

Las personas mayores diagnosticadas de algún Trastorno Mental son personas más vulnerables que el resto de la población y presentan una mayor vulnerabilidad de perder la capacidad de ser independientes. Por ese motivo es fundamental medir la funcionalidad que presentan estas personas, en las diferentes esferas de su vida; biológica, psicológica y social para ver en qué área necesitan más apoyo.

La muestra seleccionada se compone de las personas usuarias derivadas a la Residencia Grupo 5 Puerta de Hierro, con objeto de ser valoradas y conocer si cumplen los criterios de admisión para asignación de una plaza residencial.

El total de personas de la muestra en el año 2022 han sido 36 personas, 24 mujeres y 12 hombres, mayores de 55 años con trastorno mental grave (TMG), obteniendo una edad media de 69,4 años.

La derivación de los casos clínicos habitualmente procede de diversos itinerarios: contacto directo de familiares, recomendación de psiquiatra de referencia, por recomendación de alguna persona usuaria de otros recursos o propias derivaciones de otros centros de Grupo 5.

No todas las personas que han formado parte del análisis de la demanda finalmente han ocupado una plaza del centro. Los motivos de no ocupar la plaza han estado vinculados con no cumplimiento de con los criterios de admisión y en otros, finalmente las propias personas usuarias y/o familiares descartaron el ingreso optando por otra tipología de servicios.

Del total de las 36 personas con valoración de la demanda en el año 2022, fueron 32 las que pasaron a ocupar una plaza.



Procedimiento de recogida de datos

Las valoraciones se realizan previo al ingreso, con la información de los informes médicos y con la entrevista previa a los familiares o cuidadores principales y si es posible, se realiza una valoración in situ durante la visita al recurso, para poder abordar puntos clave con la persona usuaria.

El sistema de valoración ha estado configurado por la siguiente instrumentación.

Triage de valoración inicial de Trastorno mental Grave.

Este triaje se realiza siempre en la fase de valoración inicial de la demanda de las personas interesadas en acceso a una plaza. Está compuesto de la valoración de varias dimensiones:

- **Valoración clínica.** Debe cumplir al menos 1 punto para confirmar los criterios clínicos de sospecha, siendo A o C necesarios.

1.- VALORACIÓN CLÍNICA

A.- DIAGNÓSTICO/SITUACION CLINICA.

T. Psicóticos, Esquizofrenia, Depresión grave y recurrente, Personalidad y tipo, T. esquizotípico, T. Bipolar (añadir si hay trastornos mentales derivados de enfermedades médicas)

B.- INGRESOS HOSPITALARIOS

Ha precisado 1 o más ingresos hospitalarios psiquiátricos breves en los últimos 2 años

O algún ingreso psiquiátrico prolongado (> de 3 meses) a lo largo de su historia.

C.- SÍNTOMAS ACTUALES

Presenta síntomas psicóticos asociados a TMG predominando 1 o varios de los siguientes: alucinaciones, delirios, dificultad de comprensión de la realidad, apatía, comportamientos extraños, retraimiento e inhibición social.

- Los perfiles de atención según criterios diagnósticos se vinculan según CIE 11 a:
 - 6A20. Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios.
 - 6A21. Trastorno esquizoafectivo.
 - 6A22. Trastorno esquizotípico.
 - 6A23. Trastorno psicótico agudo y transitorio.
 - 6A24. Trastorno delirante.
 - 6A2Y. Otra esquizofrenias y trastorno psicóticos primarios especificados.
 - 6A2Y. Otra esquizofrenias y trastorno psicóticos primarios no especificados.
 - 6060. Trastorno bipolar de tipo I.
 - 6061. Trastorno bipolar de tipo II.
 - 6A7-Trastornos depresivos.
 - 6D10. Trastornos de la personalidad.
 - 6A00. Trastorno del desarrollo intelectual.
- No se excluyen personas con trastorno mental que presenten discapacidad intelectual leve.

- **Funcionamiento psicosocial.** Se requiere al menos 2 puntos para confirmar los criterios funcionales del perfil psicosocial.

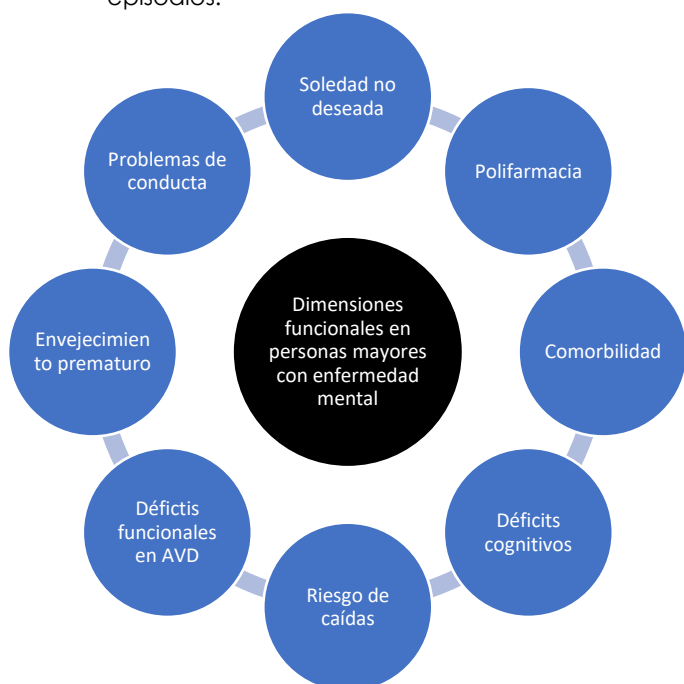
2.- PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO COMO CONSECUENCIA DEL CUADRO CLÍNICO EN AL MENOS 2 DE LAS SIGUIENTES ÁREAS

- Autocuidados
- Autonomía en hogar
- Ocupación-formación- empleo
- Apoyos familiares
- Apoyos sociales
- Relaciones sociales
- Gestión económica
- Autonomía en la comunidad

- **Evolución.** Se valora si el proceso tiene 2 o más años y si existe un deterioro progresivo en el funcionamiento en los últimos 6 meses, como el abandono de roles normalizados o un alto riesgo de cronificación. Ambos puntos son necesarios para confirmar que se cumplen los criterios del perfil evolutivo.

Criterios de exclusión

- **Consumo de drogas.** Con relación a los criterios de exclusión, durante la entrevista y valoración inicial, se comprueba que la persona usuaria interesada en el ingreso en nuestro recurso no presenta problemas de consumo de tóxicos en la actualidad y se hace un análisis de si ha habido consumo con anterioridad y cuánto tiempo lleva en abstinencia.
- **Conductas agresivas.** Es necesario valorar si la persona presenta o ha presentado conductas agresivas cuando, como y consecuencias de estas. Se valora la presencia actual e intensidad de estas conductas para decidir el criterio de exclusión.
- **Conductas autolíticas.** Preguntar si la persona presenta ideación autolítica o intentos previos de intento de suicidio, cuándo, cómo y con cuánto tiempo de anterioridad y número de episodios.



Índice de Niveles Asistenciales por Funcionalidad - INAF.

El INAF es una batería de valoración inicial que determina un primer diagnóstico de los niveles funcionales de la persona y los requerimientos asistenciales que podrían suponer.

Permite establecer un primer criterio de valoración centrado en el % de independencia o dependencia funcional, ratio de carga asistencial y requerimiento de servicios de apoyo funcional.

Los resultados consideran que un nivel completo de dependencia del 100% requiere de una ratio de 1 y, por lo tanto, se determina según los resultados las siguientes horquillas:

- Ratio 0 y 0,24: Sin asistencia:
- Ratio 0,25 y 0,44: asistencia moderada
- Ratio 0,45 y 0,54: asistencia habitual
- Ratio 0,55 y 1: asistencia completa.

Está configurado por varias pruebas de valoración rápida que permiten definir un perfil funcional individualizado:

- **Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965). Conocido también como el Índice de Discapacidad de Maryland. Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la autonomía en las actividades de la vida diaria.
 - Aporta información sobre el grado de dependencia que presenta una persona en las actividades de la vida diaria y nos permite identificar áreas de intervención y de apoyo asistencial para fomentar la autonomía, aportando igualmente la trazabilidad a lo largo del tiempo.
 - Incluye la valoración de 10 actividades de la vida diaria: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse y el control de esfínteres.
 - El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente) que resulta de asignar diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad, independencia o dependencia de la persona evaluada para llevar algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD).
 - Los resultados se pueden obtener mediante la observación directa o mediante una entrevista presencial, virtual o telefónica.
 - La interpretación de los resultados es:
 - 0-20: dependencia total
 - 21-60: dependencia severa
 - 61-90: dependencia moderada
 - 91-99: dependencia escasa
 - 100: independencia

- **Mini examen Cognoscitivo.** (Folstein & Folstein, 1975). El diseño original del Mini Mental Examination (MMSE) aportó un análisis breve y estandarizado sobre el estado cognitivo, alteraciones y su evolución, convirtiéndose en uno de los instrumentos de cribado o "screening" más utilizado. Es una prueba sencilla y breve que se aplica en un tiempo de 5 a 10 min. El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Lobo, Saz, & Marcos, 1975)
 - Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos. En el Centro Puerta de Hierro, usamos la versión de 35 puntos.
 - Sus ítems exploran 5 áreas: Orientación temporal y espacial, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje
 - La interpretación de los resultados es:
 - Entre 30 y 35: Sin déficits cognitivos
 - Entre 25 y 29: déficits ligeros
 - Entre 20 y 24: déficits leves
 - Entre 19 y 15: déficits moderados
 - Entre 0 a 14: déficits graves
- **Comorbilidad.** Formalmente el concepto de comorbilidad se define como la presencia concurrente de 2 o más procesos de enfermedad diagnosticada médicamente.
 - En los estudios poblacionales realizados, la prevalencia de comorbilidad aumenta con la edad. Además, en las personas que padecen algún trastorno mental grave produce mayor nivel de fragilidad y complejidad de la intervención.
 - En este caso, valoramos la presencia del número de procesos de enfermedad activa y su correlación con los niveles de afectación funcional asociados a dichos procesos, obteniendo un valor que impacta en los niveles de necesidad asistencial.
 - La interpretación de la comorbilidad se obtiene de la multiplicación del nº de procesos de enfermedad activos (entre 0 y 5) por el impacto funcional según la siguiente escala.
 - Estadio 0. Sin complicaciones
 - Estadio 1. Severidad temporal. Agudo.
 - Estadio 2. Severidad mínima de larga duración. Seguimientos ambulatorios.
 - Estadio 3. Manifestaciones en un órgano o sistema, escaso impacto funcional. Cuidados ambulatorios.
 - Estadio 4. Afecta a diversos órganos y sistemas. Severidad alta. Alto nivel de cuidados
 - Estadio 5. Fase terminal. Nivel máximo de cuidados.
 - La puntuación se puede estar entre 0 y 25 puntos.
 - La interpretación de los resultados es:
 - 0 a 4: Sin dependencia sanitaria
 - 5 a 9: riesgo de dependencia sanitaria.
 - 10 a 14: moderada dependencia
 - 15 a 25: alta dependencia sanitaria.

- **Trastornos de conducta.** Se parte de una adaptación del ICAP; se diferencia un instrumento de medición de la conducta adaptativa y otro de problemas de conducta. En el Centro de Puerta de Hierro, se ha realizado una adaptación de los componentes de medición de problemas de conducta midiendo la presencia e intensidad de estos en la vida diaria de la persona.
 - La información se recoge a través de informes previos, entrevistas con la persona o familiares significativos o profesionales de referencia.
 - Los 8 elementos conductuales que valora son: autolesiones, destrucción de objetos, heteroagresividad, conducta disruptiva, hábitos atípicos, conducta social ofensiva, retraimiento y no colaboración determinando el nivel de intensidad y de gravedad determinado la puntuación que los correlaciona en la escala final.

INTENSIDAD	GRAVEDAD
1.- Nunca	"0". - No es grave
2.- < 1 vez/mes	"-1". Ligeramente grave; es un problema leve
3.- 1 a 3 veces/mes	"-2". Medianamente grave; es un problema moderado
4.- 1 a 6 veces/semana	"3". - Muy grave; es un problema grave
5.- 1 o más/hora	"4". Extremadamente grave; es un problema crítico

- La puntuación se puede estar entre 0 y 160 puntos.
 - La interpretación de los resultados es:
 - 0 a 4: Sin problemas de conducta.
 - 5 a 9: leves problemas de conducta
 - 10 a 24: moderados problemas de
 - 25 a 49: graves problemas de conducta
 - 50 a 160: muy graves problemas de conducta.
- **Evaluación geriátrica inicial.** En el primer mes de atención, se realiza una valoración multidisciplinar de la persona en la que participa psiquiatría, enfermería, psicología, terapia ocupacional, fisioterapia y el personal gerocultor.
 - El objetivo de esta evaluación es poder obtener un primer perfil funcional por dimensiones de salud general, salud mental, ocupacional y social para desarrollar el plan de atención individualizado que está configurado por objetivos, servicios y actuaciones que son consensuados con la persona usuaria y revisado periódicamente.
 - El producto de dicha valoración es el Plan de Atención Individualizado (PAI) que detalla objetivos, servicios, actuaciones y metodología con fases de revisión periódica.

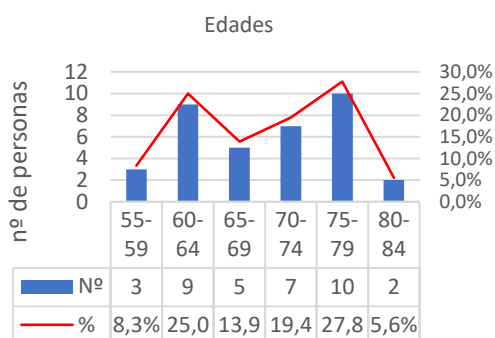
RESULTADOS

Los resultados del estudio se fundamentan en el análisis de los resultados de las 36 personas de la muestra y un primer análisis del evolutivo de las personas que si han ocupado una plaza y que continúan en atención a finales de 2022.

Triaje inicial de personas mayores con trastorno mental grave

En cuanto a la edad

EDADES DE LAS PERSONAS



En cuanto al diagnóstico psiquiátrico siguiendo criterios CIE, 11:

- Los resultados ofrecen que 1 de cada 2 personas presentan esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios, estudio de los trastornos depresivos y del estado de ánimo.

DIAGNÓSTICO	Nº	%
6A2-Esquizofrenia /T. psicóticos primarios	16	44,4%
6A6-Trastornos bipolares	5	13,9%
6A7-Trastornos depresivos	10	27,8%
6D1-Trastornos personalidad	2	5,6%
6B2-Trastornos obsesivo-compulsivos/	1	2,8%
6D8-Demencia	1	2,8%
06A.-Trastornos Neurodesarrollo-Dis Intele	1	2,8%
Total, general	36	100,0%

En cuanto a los componentes asociados a la valoración de dimensiones previas de la historia vital, todas las personas cumplían uno o varios de los criterios.

- Todas las personas presentaban un diagnóstico psiquiátrico establecido por facultativos y todas presentaban alguna sintomatología en el momento de la valoración de preacogida.
- Con un alto porcentaje de personas con ingresos psiquiátricos hospitalarios, siendo en 6 de cada 10 personas.

TRIAGE VALORACIÓN PREVIA	SI	NO
1a.- Diagnóstico/Situación Clínica.	100,0%	0%
1b.- Ingresos Hospitalarios	41,7%	58,3%
1c.- Síntomas Actuales	100,0%	0%
2.- Problemas De Funcionamiento	100,0%	0%
3.- Evolución	88,9%	11,1%
4.-Consumo De Drogas	16,7%	83,3%
Promedio		

La sintomatología presente en el momento de la valoración inicial estaba configurada por mayores porcentajes de personas con sintomatología delirante, depresiva, alucinatoria y ansiosa. Sin embargo, un porcentaje muy reducido presentaba agitación en el momento de la valoración.

SINTOMATOLOGÍA PRESENTE	SI	NO
Sintomatología delirante	44,4%	55,6%
Sintomatología depresiva	25,0%	75,0%
Sintomatología alucinatoria	33,3%	66,7%
Sintomatología ansiosa	22,2%	77,8%
Sintomatología por agitación	22,2%	77,8%
Promedio		100,0%



Autonomía en actividades de la vida diaria

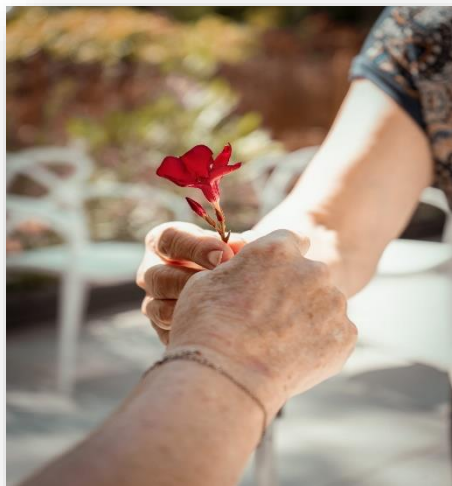
Se estima que cerca de un 25% de las personas mayores de 60 años son diagnosticadas de algún trastorno psicopatológico/psiquiátrico (Carbonell, 2000), presentando un alto nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria (Gázquez et al., 2007), tales como el aseo, vestido, alimentación, movilidad o manejo básico del entorno.

En cuanto a la evolución de los niveles de autonomía y dependencia el proceso de envejecimiento impacta en la reducción progresiva de la autonomía personal. Además, en las personas con trastornos mentales de larga duración se produce un envejecimiento prematuro y un incremento de los años de vida vividos con discapacidad.

Entre 1990 y 2019, el número global de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debidos a trastornos mentales aumentó de 80,8 millones a 125,3 millones, y la proporción de AVAD globales atribuidos a los trastornos mentales aumentó del 3,1 % al 4,9%. (GBD 2019 Mental Disorders, 2022)

Los niveles de autonomía personal o dependencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria es un dominio clave de la calidad de vida de las personas. Los niveles de autonomía o dependencia están correlacionados con los procesos de comorbilidad que pueden afectar a la movilidad e integración sensoriomotora, así como con los niveles de apoyo social, procesos cognitivos y expectativas propias (niveles de insight) y de los entornos.

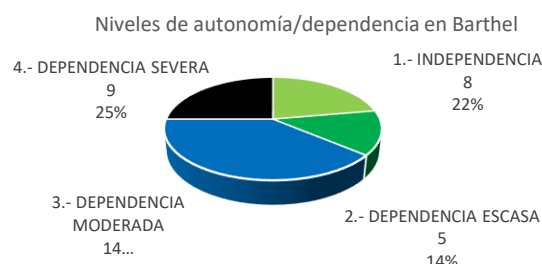
Además, un alto porcentaje de las personas con trastornos mentales considerados graves suelen tener una evolución larga en el tiempo. Esto procesos de larga duración afectan a la calidad de vida, prioritariamente en los niveles de funcionalidad para la vida diaria y en la participación social.



En este estudio se han concluido los siguientes resultados respecto a la autonomía en las actividades de la vida diaria:

AUTONOMÍA AVD-BARTHEL-DEPENDENCIA	Nº	%
1.- Independencia	8	22,2%
2.- Dependencia escasa	5	13,9%
3.- Dependencia moderada	14	38,9%
4.- Dependencia severa	9	25,0%
Total general	36	100,0%

NIVEL DE AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS



Todas las personas evaluadas tuvieron una puntuación total por encima de los 40 puntos. 8 cada 10 personas tuvieron puntuaciones de dependencia moderada, escasa o independencia y solo 2 de cada 10 tuvieron dependencia severa o total.

Con respecto a las personas que ocuparon plaza, hay que considerar que se hicieron valoraciones pre-post con una duración de 6 meses de estancia en 11 personas. En relación con los resultados se concluyó un deterioro significativo en el corto plazo en la ejecución de las tareas de aseo, vestido y control de esfínteres, no pudiéndose relacionar con el avance de la edad.

Los rangos de dependencia en las actividades de la vida diaria han aumentado en comparación con los de independencia. Se ha valorado que 3 personas de las 11 valoradas han incrementado su dependencia de independencia o dependencia escasa a moderada – severa en un periodo de 6 meses.

Nivel cognitivo

Los cambios en los procesos cognitivos pueden llegar a tener un impacto en el funcionamiento en las actividades de la vida diaria y en la toma de decisiones sobre los dominios de salud, calidad de vida y en la satisfacción con la vida durante el proceso de envejecimiento (Dewey & Prince, 2005)

En los últimos años han ido incrementándose los estudios destinados a identificar los predictores vinculados a la evolución declive cognitivo de las personas mayores. Algunos vinculado a la trazabilidad pronóstica vinculada al uso del MEC como instrumento de utilidad por la capacidad predictiva que puede aportar. (Lobo, Esquerra, Gómez-Burgada, Sala, & Seva,)

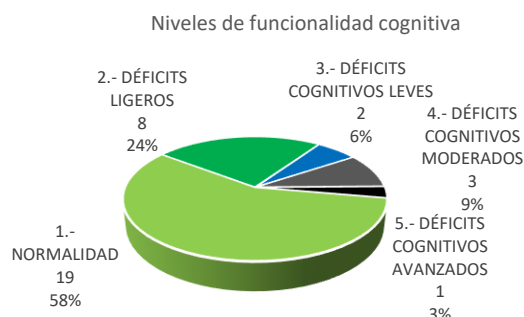
Algunos estudios han concluido que tener un estilo de vida activo caracterizado por una alta implicación en actividades significativas se correlaciona con el mantenimiento cognitivo y negativamente con el deterioro cognitivo en el proceso de envejecimiento. (Calero & Navarro, 2007). Además, se señala una correlación con los déficits cognitivos la presencia de factores de fragilidad en los dominios de salud, entre los que se destaca la presencia del APOE4 (gen de la apolipoproteína E), las enfermedades vasculares manifiestas y la diabetes. (Tilvis, y otros, 2004)

En cuanto a los estudios con personas que presentan trastornos mentales, considerando la diferencia etiológica y diagnóstica, se evidencia un alto nivel de disparidad de criterios y metodologías empleadas lo que limita conclusiones consistentes. Hay una tendencia global que sugiere la existencia de síntomas cognitivos significativos y medibles con procesos de deterioro se acentúa con la evolución de la enfermedad y, por lo tanto, a lo largo de la trayectoria vital. (Ojeda et al, 2007)

En este estudio se han concluido los siguientes resultados respecto al funcionamiento cognitivo:

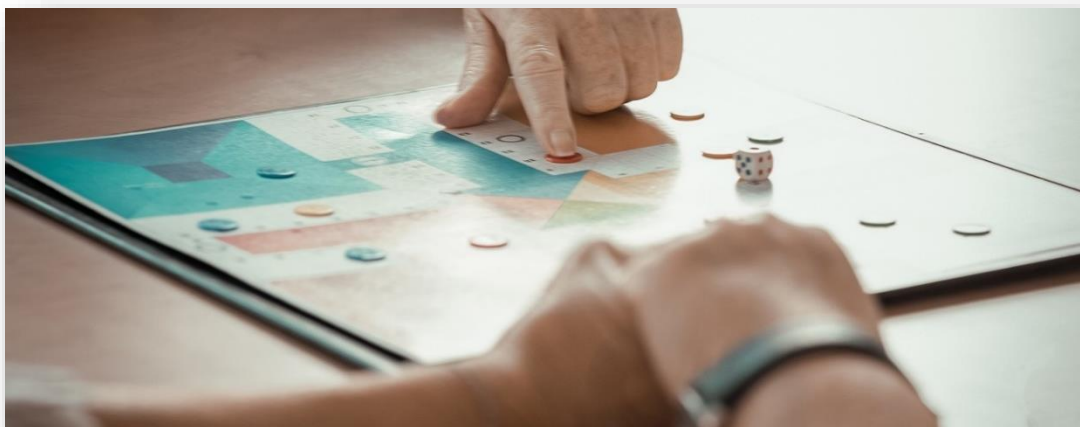
NIVEL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO-MEC	Nº	%
1.- NORMALIDAD	19	57,6%
2.- DÉFICITS LIGERO	8	24,2%
3.- DÉFICITS COGNITIVOS LEVES	2	6,1%
4.- DÉFICITS COGNITIVOS MODERADOS	3	9,1%
5.- DÉFICITS COGNITIVOS AVANZADOS	1	3,0%
Total, general	33	100,0%

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNITIVO -MEC



Con respecto a nivel cognitivo, de los 33 perfiles que han sido valorados, se concluye que 6 de cada 10 personas presentan un perfil de conservación cognitiva. Sin embargo, 4 de cada 10 presentan déficits. 1 de cada 4 personas presenta déficits ligeros y 2 de cada 10 presentan estadios déficits más relevantes, concluyendo que 1 de cada 10 personas tiene déficits cognitivos avanzados.

Con respecto a las 32 personas que ocuparon plaza, se hizo un seguimiento de 11 personas a los 6 meses de estancia. En base a la evaluación pre – post (acogida-presente), los resultados obtenidos, se mantienen en su mayoría en los resultados promedios obtenidos en la acogida, pero sí que se detecta un empeoramiento significativo en áreas concretas como la memoria y la atención, compensándose con el mantenimiento de las funciones ejecutivas y la orientación temporo-espacial.



Comorbilidad, fragilidad y dependencia sanitaria

La OMS define fragilidad como un declive progresivo de los sistemas fisiológicos que resulta en una reducción de las capacidades funcionales, físicas y mentales

La fragilidad como concepto clínico se ha ido incorporando en los últimos años para establecer sistemas de medición de la vulnerabilidad y dependencia vinculado a la definición de las carteras de servicios y los niveles de manejo asistencial que requieren las personas en el entorno sanitario y en los apoyos que necesitan para las actividades de la vida diaria. (OMS, 2017)

El concepto de fragilidad podría constituir el principal marcador del envejecimiento de riesgo en cuanto a necesidades de atención sanitaria y atención a la dependencia. (Zúñiga, 2020)

Las personas mayores, en global, sufren problemas complejos que limitan el funcionamiento normal del cuerpo. Pero, además, las personas mayores que tienen un trastorno mental grave y altos niveles de fragilidad tienen más riesgos de presentar déficits cognitivos, aislamiento, incremento del riesgo de caídas, dependencia intensa en el desempeño de la vida diaria y mayor nivel de morbi-mortalidad.

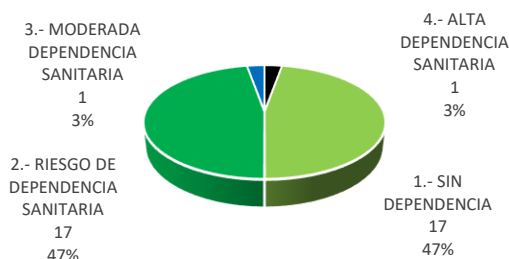
La Organización Mundial de la Salud ha alentado a los sistemas de salud a priorizar los objetivos de envejecimiento saludable de mantener y mejorar la capacidad funcional. Hay algunos indicadores de prevención y protección tales como planes de cuidados individualizados con control sanitario, la promoción de la actividad física y cognitiva diaria (Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable, 2022)

En este estudio se han concluido los siguientes resultados respecto a elementos de comorbilidad y dependencia sanitaria:

NIVEL DE COMORBILIDAD-FUNCIONALIDAD	Nº	%
1.- SIN DEPENDENCIA	17	47,2%
2.- RIESGO DE DEPENDENCIA SANITARIA	17	47,2%
3.- MODERADA DEPENDENCIA SANITARIA	1	2,8%
4.- ALTA DEPENDENCIA SANITARIA	1	2,8%
Total, general	36	100,0%

COMORBILIDADES Y DEPENDENCIA SANITARIA

Niveles de comorbilidad y dependencia sanitaria



En las personas que han ocupado una plaza, se concluye que las personas que presentaban elementos de comorbilidad, se producen eventos agudos con necesidad de derivación a recursos sanitario-hospitalarios produciéndose alto riesgo para diversos dominios de salud debido a las complicaciones orgánicas y funcionales.

Es fundamental hacer frente a este problema mediante el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad, de manera que se consiga mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y, a su vez, reducir la morbilidad y el exceso de mortalidad.

La evidencia de las fuentes bibliográficas y la vinculada a los hitos de atención en la Residencia Puerta de Hierro nos hace concluir la necesidad de priorizar los procesos de diagnóstico de la comorbilidad y su vinculación con la fragilidad que presentan las personas residentes. Presentan un alto nivel de impacto en estructuras corporales y funcionales que requieren de la prestación de servicios especializados dirigidos a la prevención, recuperación y cuidados de larga duración.



Trastornos de conducta

La presencia de problemas de conducta implica limitaciones funcionales que afectan a múltiples dominios de salud, cognitivos, relacionales y de eficacia en la participación diaria en diversos contextos.

Como se expuso en la metodología de recogida de datos, los elementos conductuales valorados se refieren a nivel de intensidad y gravedad respecto a: autolesiones, destrucción de objetos, heteroagresividad, conducta disruptiva, hábitos atípicos, conducta social ofensiva, retraimiento, no colaboración.

El diseño de espacios, contextos y metodologías centradas en cada persona son facilitadores para las personas que tienen trastornos conductuales. Es muy relevante considerar la influencia que tienen los modelos de residencia en la conducta adaptativa, así como en los procesos causales para las conductas inadecuadas de las personas. (Pinazo, 2019)

Los estudios de investigación con objeto centrado en la relación entre contextos y conductas muestran que las personas que residen en modelo comunitarios y centrados en las personas presentan conductas adaptativas con menores problemas de conducta en entornos comunitarios. Es un cambio de modelo centrado en la mejora del trato y de la calidad de los servicios hacia las personas mayores (Pinazo-Hernandis, 2013)

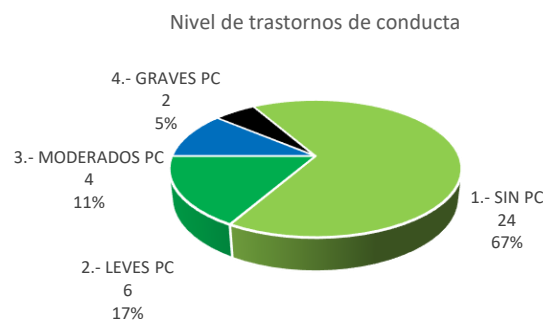
En este sentido, es importante considerar un modelo de intervención centrado en la persona, con programas técnicos para el bienestar emocional, sueño y descanso saludables, apoyo en el desempeño diario, desarrollo de actividades significativas y participación comunitaria. Igualmente, la relevancia de programas de gestión de conocimiento, formación continua y supervisión de los/as profesionales de atención directa como elemento clave para la atención a las conductas de las personas centrada en el análisis de necesidades, regulación emocional y adaptación a las necesidades y las características individuales.



En este estudio se han concluido los siguientes resultados respecto a elementos de trastornos de conducta:

NIVEL DE TRASTORNOS DE CONDUCTA	Nº	%
1.- SIN PC	24	66,7%
2.- LEVES PC	6	16,7%
3.- MODERADOS PC	4	11,1%
4.- GRAVES PC	2	5,6%
Total, general	36	100,0%

NIVEL DE TRASTORNOS DE CONDUCTA



Tal y como se evidencia en los resultados un 66% de las personas no tienen problemas de conducta, con un 16,7 con problemas leves que impactan de manera muy reducida en el funcionamiento cotidiano con amplia posibilidad de manejo en la prestación de servicios.

De las 32 personas que ocuparon la plaza, y de las 11 que posteriormente se hizo evaluación pre-post (acogida-presente) 2 personas presentaron problemas graves de conducta y 4 problemas moderados. En estos casos al reevaluar el ítem de presencia de alteraciones de conducta, se modifica el nivel asistencial y de supervisión, para poder tener un mayor control de la situación y que no interceda en la estabilidad, ni un riesgo para el resto de las personas usuarias ingresadas en el centro.

Los resultados más elevados a "comportamientos vinculados al retraimiento" seguido de "no colaboración" que está presente en 6 de cada 10 personas con una frecuencia habitual de 1 a 3 veces al mes con un nivel ligero o moderado de gravedad. Sin embargo, hay que considerar que el impacto en la baremación de todas las dimensiones comportamentales solamente se refleja en 16,7% de personas con problemas de conducta moderados o graves.

CONCLUSIONES

La Residencia Puerta de Hierro está estructurada metodológicamente en unidades convivenciales, basándose en un modelo comunitario de intervención basado en la prevención y en la recuperación de los dominios de salud mental y de los niveles de autonomía personal. Partimos de un modelo que aporta una gestión centrada en la persona diseñando programas individualizados configurados sobre planes de cuidados para la calidad de vida.

Por lo tanto, este estudio parte de identificar los factores que caracterizan del perfil de atención de las personas usuarias y su vinculación con los servicios especializados que necesitan.

El propósito del estudio que se ha llevado a cabo ha sido analizar los niveles de funcionalidad sobre una muestra de 32 personas adultas mayores de 55 años con un diagnóstico de trastorno mental grave y que han realizado la demanda de acceso o que han tenido estancia en la Residencia de Psicogeriatría Puerta de Hierro para personas mayores con trastorno mental.

Este estudio solamente se centra en una primera aproximación descriptiva transversal sobre una muestra reducida de personas que han sido valoradas en la fase de demanda o acogida inicial en el proceso de incorporación a una plaza residencial.

Hay que considerar en los datos de trazabilidad de esta muestra solamente incluye personas que han sido valoradas y con estancia en el momento de este análisis. No se consideran las personas que finalmente no han accedido o que finalmente han salido de las plazas residenciales después de un periodo de estancia temporal.

Se concluye que, dentro de la práctica habitual en el Centro de Puerta de Hierro, con el transcurso del tiempo, existirán diversos factores que irán influyendo de forma decisiva en la tipología e intensidad de cuidados a las personas mayores. El tipo de apoyos estará condicionado por la evolución de factores críticos y que fundamentalmente están asociados a la sintomatología psiquiátrica, déficits cognitivos y, de manera específica, por la pérdida de la funcionalidad en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Vinculados a los anteriores factores hay que considerar las variables asociadas a las comorbilidad por la existencia de pluripatologías.

Por lo tanto, es prioritario que los procesos de atención y el diseño de los planes individualizados de cuidados pongan en relevancia los procesos de prevención, la rehabilitación en el funcionamiento diario, los diseños contextuales, la gestión de adaptaciones cognitivas y los cuidados de enfermería y que, además, son determinantes en la gestión de las necesidades de las personas usuarias respecto a los niveles asistenciales requeridos.

En cuanto a las perspectivas futuras consideramos:

- El Programa de acción para la brecha en la salud mental de la OMS (mhGAP)³, planteó objetivos claros para mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias proporcionando orientación y herramientas para desarrollar servicios sociales y de salud para garantizar la prevención, recuperación y calidad de vida.
- El envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia y el de las enfermedades crónicas plantea diversos retos clave centrados en la gestión de sistemas y servicios para la promoción de la autonomía y atención a la dependencia, la reorientación del tradicional modelo de atención hacia los principios de "cuidados", y la necesaria combinación de atenciones sanitarias y sociales para la calidad de vida.
- Desde esta perspectiva es necesario fortalecer el liderazgo y gobernanza con estrategias más eficaces en materia de servicios especializados para la salud mental; la prestación de servicios integrales sociales y sanitarios que estén integrados para atender la salud mental desde un paradigma y prácticas con base en la comunidad; estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación.⁴
- Es necesario diseñar programas técnicos basados en modelos de atención centrados en las personas, con ejes de actuación vinculados la prevención y continuidad de cuidados de salud, el diseño de contextos y actuaciones para el sueño y descanso saludables, intervenciones vinculadas a la regulación y bienestar emocional, la garantía de apoyos para la autonomía en las actividades de la vida diaria y para situaciones de dependencia y la participación diaria en contextos de convivencia, construcción de vínculos sociales y participación comunitaria.
- Son necesarios otros estudios que permitan identificar las diversas variables en la trazabilidad a lo largo del tiempo respecto a los niveles de funcionalidad y vinculación con las carteras de servicios que son necesarias para personas mayores con trastornos mentales.

³ WHO (2008). mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1

⁴ OMS (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

BIBLIOGRAFÍA

- Abellon, A. P. (2016). *Informes de envejecimiento. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos*. Ministerio de economía y competitividad. CSIC. Recuperado el 2022, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- Agüera, L et al. (2017). *Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada*. Recuperado el 2023, de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/07S01/PSICOGERIATRIA_07_S01.pdf
- Calero, M., & Navarro, E. (2007). Predictor psicológico de deterioro cognitivo y mortalidad en la vejez. En W. Briscoe, *Enfoque en la investigación de trastornos cognitivos* (págs. 155-180). Libros biomédicos de Nova. Recuperado el 2023, de <https://psycnet.apa.org/record/2007-13444-007>
- Carrasco, M. (2014). *Esquizofrenia en el Anciano. IV Jornadas Nacionales sobre Esquizofrenia*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=R62Yfa0b5F4>
- Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable. (2022). PowerFrail, una app para evaluar y mejorar la fragilidad y la potencia muscular en personas mayores. (C. -C. Saludable, Ed.) Recuperado el 2023, de <https://www.ciberisciii.es/noticias/powerfrail-una-app-para-evaluar-y-mejorar-la-fragilidad-y-la-potencia-muscular-en-personas-mayores>
- Dewey, & Prince. (2005). Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging*, pp. 118-125. Recuperado el 2023, de https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/First_Results_Book/SHARE_FirstResultsBookWave1.pdf
- Folstein, M., & Folstein, S. P. (1975). Mini-Mental State; A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3); 189-198. Recuperado el 2022, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266?via%3Dihub>
- GBD 2019 Mental Disorders, C. (2022). global, regional y nacional de 12 trastornos mentales en 204 países y territorios, 1990-2019: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Global de Enfermedad 2019. *The Lancet Psychiatry* (Volume 9, ISSUE 2, P137-150, February 2022). doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Gobierno de España. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS)-2022-2026*. (M. d. España., Ed.) Recuperado el 2023, de <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>
- Haro et al. (2006). *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio*. ESEMeD-España. Med Clin (Barc). . Recuperado el 2022, de <http://public-files.prbb.org/publicacions/e144ec9a-b14a-4cfd-bc18-56bf5c447ae6.pdf>
- INE. (2021). *Informe INE: Una población envejecida*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 2022, de https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bl oc-1c.html?lang=es
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C. (1995). *The Prevalence of Dementia and Depression in the Elderly Community in a Southern European Population. The Zaragoza Study*. *Arch Gen Psychiatry*. Recuperado el <https://jamanetwork.com/journals/jamap>
- Lobo, A., Esquerro, J., Gómez-Burgada, F., Sala, J., & S. A. (s.f.). El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*, 3 (1979), pp. 189-202. Recuperado el 2022, de https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Lobo/publication/284696329_EL_mini-examen_cognoscitivo_Un_test_sencillo_y_prctico_para_detectar_alteraciones_intelectuales_en_pacientes_mdicos/links/565d84f008ae1ef92982aa51/El-mini-examen-cognoscitivo-Un-test-
- Lobo, A., Saz, P., & Marcos, G. (1975). *MSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. TEA Ediciones. Recuperado el 2022, de https://web.teaediciones.com/Ejemplos/MMSE_Extracto_manual.pdf
- Mahoney, & Barthel. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, 14:61-5. Pmid: 14258950. Recuperado el 2022, de <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>
- Mateos R, Droux A, Páramo M, González F, et al. (2000). *The Galicia Study of Mental Health of the Elderly II: The use of the Galician DIS*. *Int J Methods Psychiatr Res* . Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mpr.91>
- Observatorio Estatal de la Discapacidad . (2016). *Estudio sobre Promoción de la Autonomía Personal en Discapacidad en Extremadura*. Recuperado el 2022, de <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2017/07/Informe-Autonom-PCD-Extrem-v3.4.pdf>
- Ojeda et al, .. (2007). Evolución de los síntomas cognitivos en la esquizofrenia: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(4):263-270. Obtenido de https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART12879/evolucion_sintomas_cognitivos.pdf
- OMS. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado el 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (2022). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Pinazo, C. (2019). *Alteraciones conductuales en personas mayores que viven en residencias*. Universitat de València. Recuperado el 2023, de <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/72471/TD%20CAROL%20PINAZO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía*, 41, 252-282. . Recuperado el 2023, de https://www.researchgate.net/publication/292906832_Infantilizacion_en_los_cuidados_de_las_personas_mayores_en_el_contexto_residencial
- Polonio, B., & Sánchez, O. (2013). Terapia ocupacional en psicogeriatría. En Ó. Sánchez, B. Polonio, & M. Pellegrini, *Terapia ocupacional en salud mental: teoría y técnicas para la autonomía personal*. Recuperado el 2023, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5721369>
- Sánchez M, Agüera L, Martín M, et. al. (2015). *Guía Esencial de Psicogeriatría*. 2do ed. España,. Obtenido de Md: Editorial Medica Panamericana, S. A;
- Statista. (2022). *Número de habitantes de 65 años o más en España de 2002 a 2022*. Statista. Recuperado el 2023, de <https://es.statista.com/estadisticas/630678/poblacion-de-espana-mayor-de-65-anos/>
- Tilvis, R., Kähönen-Väre, M., Jolkonen, J., Valvanne, J., Pitkala, K., & Strandberg, T. (2004). Predictors of cognitive decline and mortality of aged people over a 10-year period. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 59(3):268-74. Recuperado el 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15031312/>
- Zúñiga, C. (2020). Definición de fragilidad social en personas mayores: una revisión bibliográfica. *Rev. méd. Chile*, vol.148 no.12. Recuperado el 2023, de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001201787