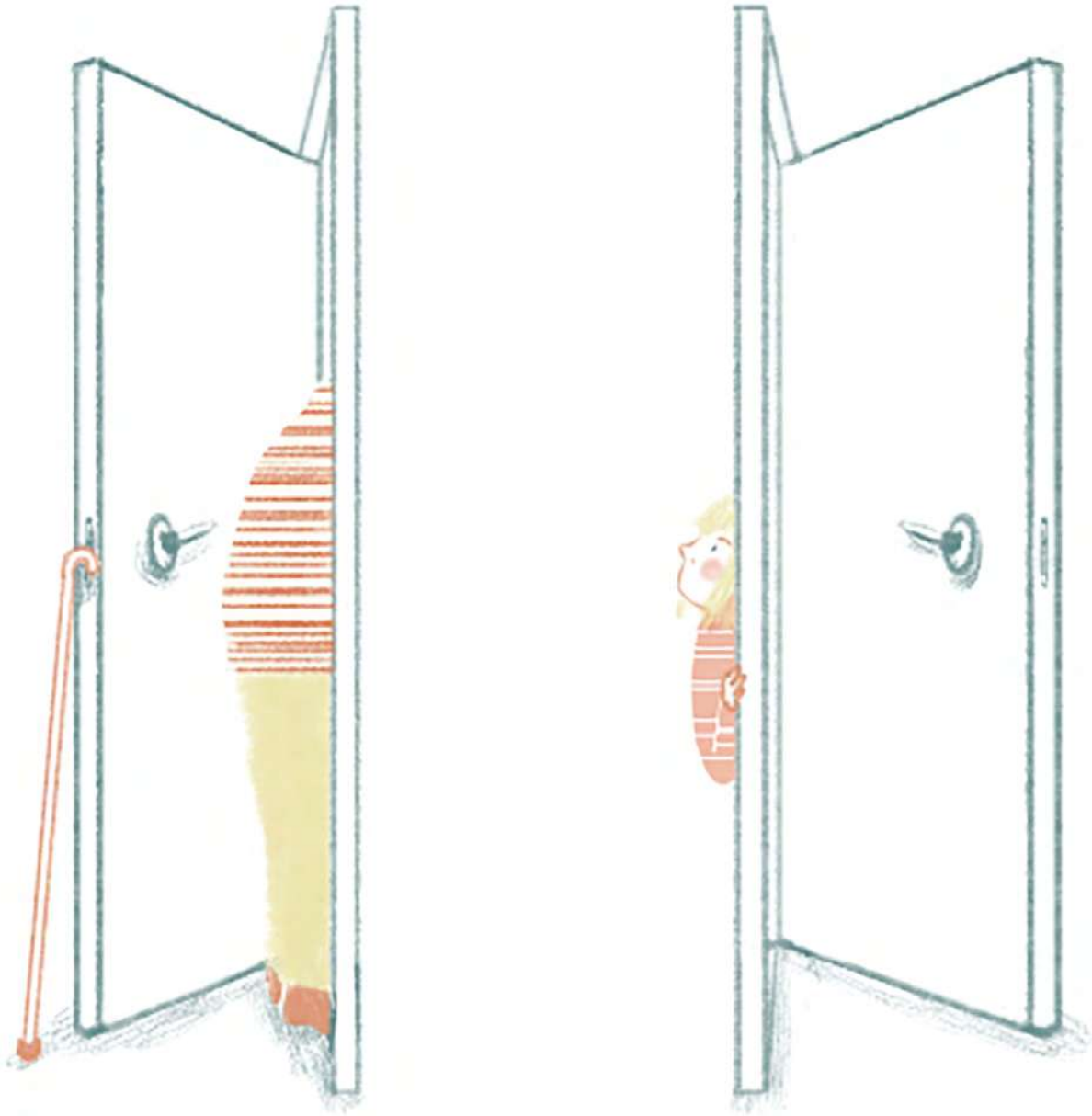


# Brains

**Business, Research, Ageing, Innovation,  
Neurosciences & Social journal**

Año 2  
Volumen 3, número 1  
Mayo de 2023



**Envejecimiento y nuevos modelos  
de atención al usuario**

# CELEBRACIÓN 10º ANIVERSARIO

CLÚSTER SALUT MENTAL CATALUNYA



DFactory Barcelona • 30 noviembre 2023

## ¡PATROCINA!

Estamos preparando un **gran encuentro sectorial** que, con mirada retrospectiva, **desvelará el futuro y la nueva etapa** que ya hemos arrancado con todos y todas vosotras.

Y, para reconocer el trabajo de toda una década del ecosistema del Clúster en materia de **innovación, valor compartido, talento, internacionalización y cambio estratégico**, convocamos los **Premios CSMC**.

## PRESÉNTATE

Con el apoyo de:



# Sumario

- 1. Créditos**  
>> pág. 02
- 2. Colaboradores**  
>> pág. 03
- 3. Editorial**  
Elisabet Vilella Cuadrada >> pág. 05
- 4. Business**  
**El reto asistencial en salud mental ante el aumento de las personas mayores**  
Manuel Sánchez >> pág. 07
- 5. Research**  
**Los nuevos modelos de investigación en salud mental y cerebral en los ancianos**  
David Bartrés Faz >> pág. 13
- 6. Ageing**  
**El reto de una atención integrada para la salud mental en la vejez**  
Mireia Llonch >> pág. 19
- 7. Innovation**  
**Q-CARE, un dispositivo específico de atención urgente a pacientes frágiles**  
Mireia Puig Campmany,  
Josep Ris Romeu  
y Marta Blázquez Andión >> pág. 25
- 8. Neurosciences**  
**El envejecimiento saludable: un desafío para la sociedad actual**  
Magda Casamitjana  
y Jorge Cuevas-Esteban >> pág. 33
- 9. Social**  
**El nuevo paradigma social y los modelos de atención en salud mental a las personas mayores**  
Montse Camprubí >> pág. 41
- 10. En clave Clúster**  
**El enemigo invisible del bienestar ambiental**  
Marta S. Bret y  
Andrea Galván Graf >> pág. 45



# Créditos

Gracias por confiar en nosotros y apostar por la salud mental y las neurociencias desde otro punto de vista. Una mirada variada y distinta de la científica que promueve la creación, la innovación y la colaboración del sector.

Este número ha sido posible gracias a la generosidad y el apoyo de los profesionales que reflejamos en la página de Colaboradores.

La revista es una obra original del **Clúster Salud Mental Catalunya**, con el apoyo de la Junta Directiva, y producida y coordinada por **Elisabet Vilella Cuadrada**, **Editora en Jefe**; **Marta Sánchez Bret**, **Clúster Manager**; **Andrea Galván Graf**, **Comunicación Corporativa**; **Elena Rodríguez**, **Digital Media y Comunicación**; **Barbara Eisele**, **Project Manager**; **Oriol Barat**, **CALL Project Manager** y **M<sup>a</sup> José Martín**, **Secretaría Técnica**.

Consejo editorial:

**Bussiness:** **Dani Roca**; **Research:** **Narcís Cardoner**; **Ageing:** **Miquel Tiffon** y **Silvia Garcia**; **Innovation:** **Hans Supèr**; **Neurosciences:** **Joan de Pablo** y **Jorge Cuevas**; y **Social:** **Victòria Monell**.

Equipo editorial: **Dandelion Contents, SL**

Revista oficial del Clúster Salud Mental Catalunya, editada y gestionada por Dandelion Contents, SL, Carrer del Consell de Cent, 170, 3r A 08015 Barcelona. Con el apoyo de la Junta Directiva, producida y coordinada por el equipo CSMC.

ISSN 2938-1096



Portada: Ilustración de Mónica Ruiz Revuelta.

# Colaboradores

## Elisabet Vilella Cuadrada

Editora en jefe  
Hospital Universitario Instituto Pere Mata  
Universidad Rovira i Virgili  
Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili  
Jefe de grupo CIBERSAM



## Manuel Sánchez

Psiquiatra, Director de la revista de la Sociedad Española de Psicogeriatría  
Subdirector médico y coordinador del Área de Hospitalización en Salud Mental y de Psiquiatría Geriátrica del Hospital Sagrat Cor de Martorell



## David Bartrés Faz

Neurocientífico, catedrático del Departament de Medicina de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut e Investigador  
Institut de Neurociències, Universitat de Barcelona



## Mireia Llonch

Jefe del Servicio de Geriatría del Consorci Sanitari de Terrassa  
Dirección del ámbito de Geriatría, Cuidados Paliativos y Dependencias del Consorci Sanitari de Terrassa



## Mireia Puig Campmany

Directora de Servei d'Urgències, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



## Josep Ris Romeu

Director del Procés d'Atenció Urgent, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



## Marta Blázquez Andión

Coordinadora clínica del programa de fragilitat, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



## Magda Casamitjana

Directora del Pacte Nacional de Salut Mental adscrito al Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya



## Jorge Cuevas-Esteban

Psiquiatra, Jefe de Sección Hospitalización y Urgencias, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.  
Profesor Asociado Médico, Universitat Autònoma de Barcelona



## Montse Camprubí

Directora de la Residència Mutuam Manresa y de la Llar Residència para personas con problemas de Salud Mental La Sardana del Grupo Mutuam



## Marta S. Bret

Clúster Manager WeMind Cluster



## Andrea Galván Graf

Corporate Communications WeMind Cluster



**Elisabet Vilella Cuadrada**

Editora en jefe  
 Hospital Universitario Instituto Pere Mata  
 Universidad Rovira i Virgili  
 Instituto de Investigación  
 Sanitaria Pere Virgili  
 Jefe de grupo CIBERSAM



Coinciden en este número de la revista *BRAINS* todos los autores en que el envejecimiento de la población conlleva en lo que a la salud mental se refiere un cambio de paradigma que nos presenta múltiples retos. Lo que como sociedad teníamos montado para atender a las personas en la vejez ya no nos sirve. Vivimos más años y, con ello, los problemas de la senectud nos invaden. Da igual si lo analizamos como problemas de salud mental de la vejez o si nos centramos en el envejecimiento de las personas con problemas de salud mental. Las secciones *Ageing* y *Business* lo analizan desde estas dos perspectivas.

En las secciones de *Neurosciences*, *Social e Innovation* se nos plantean soluciones, algunas que ya se están empezando a implementar y otras que son propuestas de futuro. Pero tal es la magnitud del problema que

tanto desde organismos internacionales como la OMS como desde los gobiernos autonómicos se han lanzado planes estratégicos en esta dirección.

En las secciones *Innovation* y *Research* se plantea que este sector de la población no se puede abordar de la misma manera ni desde el punto de vista de la atención social y sanitaria ni desde la investigación. Tenemos que asumir que se trata de una población que con alta frecuencia presenta déficits sensoriales, cognitivos y trastornos psiquiátricos (depresión, estados confusionales, etc.), y ello nos obliga a diseñar estrategias específicas.

La vejez nos plantea muchos retos, pero resulta muy atractivo ver a través de estos artículos cómo se van encontrando soluciones.

# El reto asistencial en salud mental ante el aumento de las personas mayores

## Manuel Sánchez

Psiquiatra, Presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría  
Subdirector médico y coordinador del Área de Hospitalización en Salud Mental y de Psiquiatría Geriátrica del Hospital Sagrat Cor de Martorell



**La atención en salud mental de las personas mayores es una cuestión emergente que está adquiriendo cada vez mayor protagonismo. La pandemia de COVID-19 puso de relieve muchas problemáticas que ya existían y otras que surgieron a raíz de la situación, afectando especialmente a la salud mental de las personas mayores. Ahora, como sociedad, tenemos el reto de abordar las necesidades de este sector de población, que cada vez es más numeroso y que en un futuro cercano aumentará todavía más. ¿Cuáles son los retos, las problemáticas y las herramientas que poseemos para afrontar este paradigma?**

### Una población cada vez más envejecida

La proporción de personas mayores de 65 años que forman parte de las poblaciones en todo el mundo está creciendo de manera exponencial. Por lo tanto, lo que antes era un grupo relativamente reducido, ahora cada vez empieza a tener una dimensión mayor. Cualquier problema social, económico o de salud que afecte a

este grupo poblacional representará un problema de importancia creciente para la población en general y para los gestores públicos. Así, el aumento irreversible de personas mayores en nuestra sociedad presenta un reto mayúsculo para el estado del bienestar en todos sus ámbitos, un problema que ya es actual y que debe afrontarse sin más demora. En este sentido, España es un ejemplo dramático de una población cada vez más envejecida, en contraste, además, con una natalidad reducida. Así pues, el problema se va a ver agravado en muy poco tiempo, con múltiples consecuencias, como la despoblación de profesionales o el impacto a nivel de salud y para las estructuras sociosanitarias del país.

Por otro lado, en relación con este incremento, cabe destacar que no solo las personas mayores de 65 años ocupan un espacio cada vez mayor, sino que los que están por encima de los 85 años (los llamados “ancianos muy ancianos”) constituyen un segmento de población que se está incrementando de forma particularmente exponencial. Asimismo, el estado de salud de una persona mayor hoy tiene muy poco que ver con



lo que podíamos observar hace unas décadas. Actualmente, una persona puede llegar con plenas facultades a los 65 años, en plena productividad y con plenas capacidades intelectuales. De hecho, en el ámbito sanitario los geriatras ya no ubican hacia los 65 años a las personas que ocupan su trabajo, sino que su tarea se orienta principalmente a los de 75 años en adelante, ya que se considera que de los 65 los 75 años todavía no se es propiamente un anciano. Así, las personas llegan a estas edades con una salud aceptable y con posibilidades de seguir teniendo una vida bastante activa.

## El aumento irreversible de personas mayores en nuestra sociedad presenta un reto mayúsculo para el estado del bienestar en todos sus ámbitos.

Debe tenerse en cuenta que, por encima de los 65 años, alrededor del 12% de esta población tiene algún diagnóstico de trastorno mental, lo cual significa muchísimas personas. Este dato nos habla de un problema sanitario y social de peso. A ello hay que añadir los cambios en las estructuras contenedoras, las familiares, que se han dado en nuestra sociedad en los últimos años. Como sabemos, estas realidades dificultan las condiciones en que una familia puede afrontar el cuidado de una persona mayor que tiene una expectativa de vida futura con dependencia y con muchos años por delante todavía.

Hay otras situaciones que se están viviendo, como son los matrimonios muy mayores, en los cuales una persona tiene demencia y la otra está iniciándola. Este es el caso de una unidad familiar muy frágil que, además, no suele entrar en el cómputo estadístico de las personas que viven en soledad. Se trata de nuevas realidades

que los sistemas sanitarios no están sabiendo afrontar, a las que se añaden, aunque por fortuna no son tan frecuentes, otras como personas de entre 40 y 60 años que sufren demencias preseniles por diferentes causas, y ante las que las estructuras asistenciales se hallan con poco recursos para atender.

Las demencias son un factor fácil de reconocer, pero también estamos observando una prevalencia muy importante de intentos de suicidio entre la población anciana. Por ejemplo, las personas mayores muy mayores (más allá de los 75 años) son las que cometen más suicidios. Ello representa un problema sanitario muy grave, ya que se da en una proporción muy distinta a la que sucede entre las personas jóvenes o adolescentes. En las personas mayores se consume un intento de suicidio de cada cuatro, mientras que entre la población más joven hablamos de uno de cada 30 aproximadamente. Ello significa que la persona mayor tiene una determinación mucho más decidida en el momento de cometer un acto de suicidio, y no siempre nos da las pistas suficientes para poder reconocer ese riesgo.

### Psicogeriatría, necesidades y falta de recursos

La psicogeriatría es la disciplina que aborda los problemas de salud mental de los mayores en un sentido amplio, desde lo que entendemos por enfermedad mental estándar o conocida, como la depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, hasta los deterioros cognitivos o demencias, que son más prevalentes en las personas mayores.

El principal problema que afrontamos actualmente, como decíamos, es el rápido incremento de la población que necesita atención geriátrica, a la par que no hay suficientes profesionales formados para poder atenderla.

En el caso concreto de lo que llamamos en sentido amplio psicogeriatría, el gran problema es que ha crecido mucho más rápidamente la población que necesita atención psicogeriatría que los profesionales formados en psicogeriatría para poder atenderla. Este tipo de pacientes suelen ingresar en residencias geriátricas o entornos no muy técnicamente dotados. Estos espacios o estructuras, en muchas ocasiones, contienen casos y pacientes realmente muy complejos a nivel de salud mental en un entorno con muy poca especialización. Son normalmente profesionales muy generalistas dedicados a los cuidados comunes pero con relativamente poca formación para atender este tipo de complejidades. El ámbito de la salud mental, en nuestro país, es un agujero asistencial importante. A día de hoy, solo existe, y además desde hace muy poco, una subespecialidad de

la psiquiatría, que es la psiquiatría infantil. De la misma manera, debería existir una psiquiatría de los ancianos, por la alta complejidad que supone la atención en la salud mental de estas personas.

Desde la Sociedad Española de Psicogeriatría<sup>1</sup> se está trabajando para desarrollar una capacitación específica que permita a los residentes en psiquiatría formarse en esta área. En este sentido, no podemos seguir mirando para otro lado ante esta realidad. Necesitamos personas formadas en este tipo de complejidades. La persona mayor tiene una complejidad, unas comorbilidades y un solapamiento de síntomas lo suficientemente importantes como para que crear un entorno profesional especializado. De hecho, en algunos países, como el Reino Unido, desde hace muchos años está reconocida la especialidad de Psiquiatría Geriátrica, con recursos asistenciales específicos que cubren buena parte de estas necesidades.

Asimismo, existe una carencia que se debe precisamente al crecimiento exponencial de una realidad que absorbe unos recursos que los sistemas sanitarios no pueden generar ante una demanda tan grande. En España, la Ley de Dependencia aporta algunas ayudas para paliar parcialmente estas realidades, aunque es muy frecuente que, sobre todo en casos de demencia, sean las familias las que acaben cuidando de la persona.

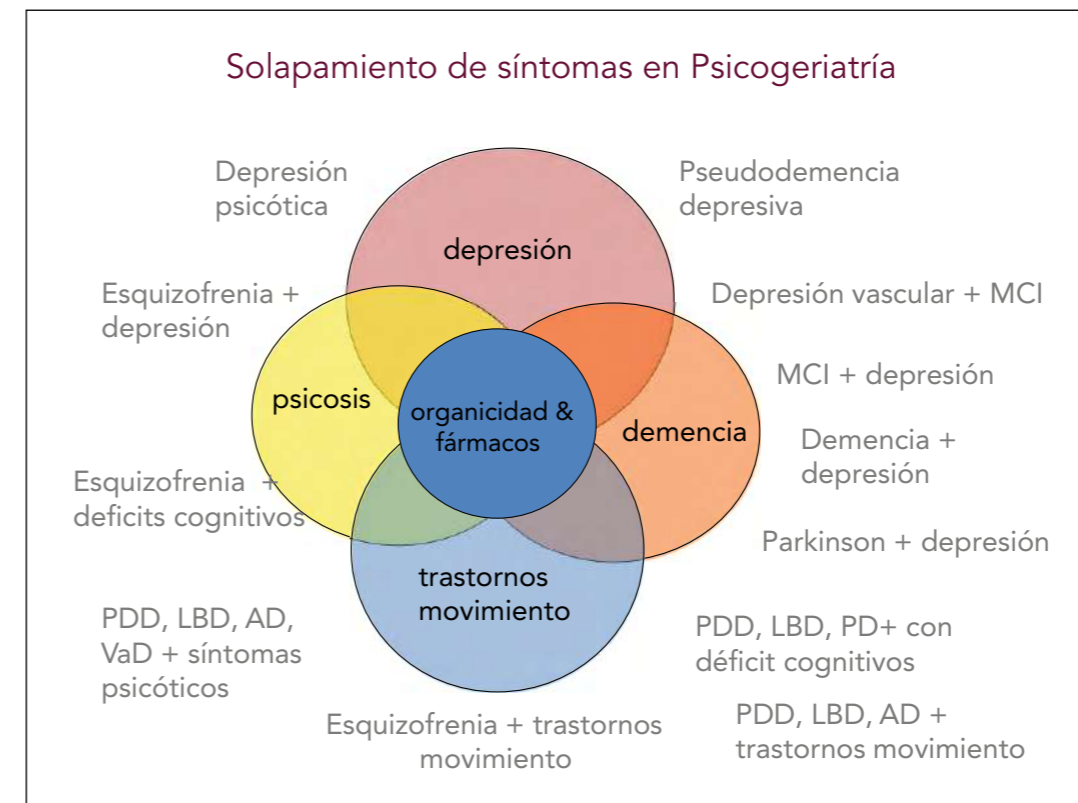
<sup>1</sup> <https://www.sepg.es>

Por otro lado, otro inconveniente que surge en la asistencia en salud mental a los mayores está relacionado con cómo se atienden las situaciones de crisis urgentes que pueden suceder. El nivel de complejidad o especificidad que se da en muchos casos afecta no solo al paciente, sino también a sus familiares, y no siempre la familia tiene la capacidad de sostener dicha situación, mientras que en el sistema sanitario se da un vacío asistencial, por falta de recursos, ante pacientes mayores que mezclan problemas de salud mental con afectaciones de fragilidad orgánica que requieren una respuesta simultánea que no siempre está disponible.

Otra de las epidemias que se ve venir es la de la soledad en las personas mayores. Cada vez hay más personas mayores solas, especialmente en entornos rurales donde la atención se dificulta y se fragiliza en gran medida, lo cual conlleva un reto asistencial muy importante para los sistemas de salud.

### Soluciones posibles

Ante esta panorámica, es evidente que necesitamos expandir los recursos para la atención en salud mental para las personas mayores. Es un hecho que los centros específicos que tenemos para tratar los trastornos mentales en las personas mayores en España se pueden contar con los dedos de una mano. Existen experiencias parciales que resuelven algunos problemas pero que no llegan a resolver otros. En Catalunya, por ejemplo, la integración de la salud mental



**Figura 1.**

MCI = deterioro cognitivo leve  
PDD = trastorno depresivo persistente  
LBD = demencias con cuerpos de Lewy  
AD = trastorno adaptativo  
PD = trastorno de la personalidad  
VaD = demencia vascular

con la atención sociosanitaria, en algunos hospitales psiquiátricos, ha generado vínculos colaborativos entre equipos de salud mental (psiquiatras, psicólogos, geriatras) y equipos de enfermería que están más entrenados en el manejo de los problemas con las personas mayores.

Lo que hace falta es desarrollar redes estructuradas y enlaces entre los profesionales. La atención psicogeriatrica es un ámbito muy paradigmático de la atención sociosanitaria. Si nos ceñimos solamente a las demencias, tenemos una proporción muy grande de población pendiente de ser mejor atendida, y no podemos ignorar otras necesidades en salud mental pertenecientes a otras áreas, como los trastornos psicóticos crónicos o los trastornos afectivos, que son cada vez más prevalentes entre la población mayor, debido al aumento de la longevidad.

#### Proyectos y nuevas tecnologías para la atención en salud mental para las personas mayores

Sin duda, la situación actual presenta grandes retos, que incluso a veces pueden parecer casi imposibles de resolver. Sin embargo, toda circunstancia adversa presenta nuevas oportunidades. En los últimos 10 años, la Unión Europea está patrocinando gran cantidad de estudios y proyectos en favor de un envejecimiento saludable y activo. Se están dedicando importantes esfuerzos con proyectos que buscan dar respuestas y soluciones tanto en el ámbito asistencial como en el clínico, así como en aspectos de prevención.

Así, están surgiendo numerosas iniciativas enfocadas a la atención de las personas mayores y a la salud mental. Por ejemplo, el gran desarrollo de las redes asistenciales domiciliarias de soporte a las personas con dependencia. La telemedicina o las evaluaciones neuropsicológicas a distancia son instrumentos que permiten una interacción entre el explorador y el paciente mayor a través de una pantalla, proporcionando una evaluación perfectamente válida de sus capacidades cognitivas, sin que se tenga que desplazar del domicilio, y además ofreciendo ejercicios de rehabilitación cognitiva para ejercitar el lenguaje, la memoria, la orientación u otras funciones que requieren constantes estímulos para evitar su deterioro. Un ejemplo de ello es el programa Grador<sup>2</sup>, que

<sup>2</sup> <https://www.gradior.es>

lleva bastantes años funcionando en la comunidad autónoma de Castilla y León, favoreciendo la atención a poblaciones rurales envejecidas muy dispersas con el desarrollo de programas informatizados de evaluación neuropsicológica a distancia. Hay también otros proyectos europeos centrados en la interacción entre la persona mayor y las tecnologías de la información que facilitan el acceso a la tecnología a este segmento de población y que ayudan a contrarrestar el deterioro cognitivo con métodos directos y efectivos.

Otra metodología que da muy buenos resultados es la estimulación multisensorial, una experiencia que nació en la década de 1970 para la asistencia a personas con discapacidad intelectual, básicamente niños y personas jóvenes, y que, a partir de 1990, se utiliza en personas con deterioro cognitivo. Se ha observado que la estimulación multisensorial favorece la comunicabilidad y la sociabilidad a través no de la palabra, sino de los estímulos sensoriales, lo que permite conservar durante más tiempo la capacidad de relacionarse con el entorno en pacientes limitados cognitivamente.

En este sentido, el uso de la musicoterapia en personas mayores con la memoria muy afectada ha ofrecido resultados sorprendentes que abren un campo de estudio de futuro muy interesante, como los estudios sobre la lucidez paradójica, es decir, cómo se dan con-



diciones lúcidas en un paciente con el cerebro deteriorado a través de distintos estímulos.

La estimulación multisensorial comenzó a desarrollarse en Holanda en la década de 1970 a través de un método llamado “snoezelen”<sup>3</sup>, un marco dinámico basado en una relación sensible entre el paciente, el acompañante y un ambiente controlado donde se ofrece una multitud de posibilidades de estimulación sensorial.

---

La persona mayor tiene una complejidad, unas comorbilidades y un solapamiento de síntomas lo suficientemente importantes como para que crear un entorno profesional especializado.

---

Cabe destacar otras iniciativas, como los animales robotizados, que se están utilizando en pacientes mayores con trastornos mentales y demencia. La terapia asistida por animales ha sido una herramienta que se ha utilizado desde hace décadas y que ha demostrado una gran efectividad en la interacción con personas mayores. El uso de animales robotizados tiene la misma intención terapéutica y favorece la estimulación cognitiva y el bienestar del paciente. Un ejemplo de esta iniciativa es la llamada foca Nuka<sup>4</sup>, un animal robótico muy sofisticado que tiene las características de un bebé animal y que favorece la afectividad y el desarrollo cognitivo de la persona mayor.

<sup>3</sup> <https://www.isnaespaña.es/concepto-snoezelen/>

<sup>4</sup> <https://www.psyciencia.com/robot-inteligencia-artificial-psicoterapia-dr-shibata-nuka-paro/>



Foca Nuka.

#### Conclusiones

Indefectiblemente, tenemos que poner el foco en los modelos de atención integrados. Necesariamente, a nivel de salud pública, los entornos de integración en los recursos asistenciales tendrán que estar cada vez más presentes.

La situación actual obliga a que los gestores sanitarios intensifiquen una atención prioritaria para las personas mayores, dado que es un problema global en aumento que afecta a las estructuras socioeconómicas de nuestra sociedad.

Asimismo, cada vez más podremos observar cómo la incorporación de las nuevas tecnologías, con todas las herramientas que aportan, nos ayudarán a la mejora en la atención de las personas mayores. Además, la tecnología tiene y tendrá un rol importantísimo para la atención de esta población, y ayudará a generar recursos allí donde las estructuras humanas no lleguen.

Sin embargo, y para acabar, un breve apunte sobre un hecho que no podemos olvidar. En una reciente investigación para reducir los gritos nocturnos de pacientes con demencia en fase avanzada, se aplicaron herramientas tecnológicas que mostraron gran efectividad. Pero se comprobó que el medio que lograba reducir con mayor intensidad y mayor rapidez los gritos nocturnos era el contacto humano.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:  
**brains@clustersalutmental.com**  
Para contactar directamente con el autor:  
**Manuel Sánchez - manuel.sanchez@uab.cat**



# Los nuevos modelos de investigación en salud mental y cerebral en los ancianos

## David Bartrés Faz

Neurocientífico, catedrático del Departament de Medicina de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut e Investigador Institut de Neurociències, Universitat de Barcelona



Gracias a los avances en biomedicina y en general en educación para la salud, la esperanza de vida de nuestras poblaciones ha ido aumentando progresivamente en las últimas décadas, existiendo proyecciones de que, en Europa, hacia el año 2050 aproximadamente el 25% de la población tendrá 65 años o más. Mientras que llegar a una edad avanzada en plena salud es posible, desde un punto de vista demográfico el avance de la edad se asocia con un aumento de la prevalencia de enfermedades altamente discapacitantes, como las enfermedades neurodegenerativas, Alzheimer o Parkinson, de trastornos mentales en la edad avanzada como la depresión, así como de alteraciones cerebrovasculares que muchas veces coexisten.

### Hacia un modelo de investigación holístico

Para explicar y afrontar el problema de la complejidad de la salud y la enfermedad, tradicionalmente han existido dos modelos diferenciados. Por un lado, desde una perspectiva biomédica, el envejecimiento

se describe como un proceso biológico que diferencia enfermedad de salud y en el que la enfermedad normalmente se define por una serie de síntomas y requiere una fisiopatología identificable que la explique. En cambio, desde la perspectiva psicogerontológica, la enfermedad se especifica de forma no dicotómica y se analiza de forma dimensional y continua. Ambos modelos disponen de herramientas para la investigación que permiten en conjunto llegar a ofrecer un estudio mucho más complejo de las personas mayores.

### El modelo biomédico

El modelo biomédico permite definir las enfermedades a nivel estrictamente biológico, sus aspectos físicos y químicos. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad de Alzheimer se considera la existencia de una serie de biomarcadores, como la acumulación de péptido  $\beta$ -amiloide y la fosforilación de la proteína tau, estableciendo una diferencia entre las personas que envejecen sin la enfermedad de aquellas que envejecen con la enfermedad. Se trata de un modelo dicotómico.





Foto de Simone van der Koelen en Unsplash.

### El modelo psicogerontológico

El modelo basado en la capacidad intrínseca proviene de la psicogerontología, que entronca con los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es un modelo más funcional y no explica el envejecimiento de forma dicotómica en la que hay o no hay una enfermedad, sino que se analiza de forma dimensional y continua.

---

El modelo biomédico permite definir las enfermedades a nivel estrictamente biológico, sus aspectos físicos y químicos.

---

La OMS define el envejecimiento en base al grado de capacidad intrínseca que tiene una persona. Toma en consideración un conjunto de medidas de la capacidad cognitiva, motora, sensitiva, así como el aspecto psicológico, especialmente si existe algún grado de afectación de la fuerza vital, como la presencia de depresión que impide o limita a la persona la realización de sus actividades y la motivación para vivir<sup>a</sup>.

Este modelo está más asociado al conocimiento psicogerontológico o psicogerontológico que al diagnóstico en sí. Permite entender el envejecimiento a nivel biológico, pero a su vez tener en cuenta a la persona desde un punto de vista holístico, donde los aspectos sociales, personales y familiares son fundamentales. Contempla también si la persona aún puede realizar lo que quiere y ser quien quiere ser.

### La neurociencia en la investigación de los trastornos cerebrales y mentales de los ancianos

La metodología de la neuroimagen permite estudiar los cambios del cerebro con la edad, tanto a nivel estructural como a nivel funcional. Esto es fundamental para identificar factores protectores que ayudan a mantener la salud cerebral y mental a través de modificaciones de las redes funcionales cerebrales, protegiendo al cerebro del impacto de las lesiones típicas de la edad.

La neuroimagen permite evidenciar conceptos como *superager*<sup>1</sup> o *brain maintenance*<sup>2</sup>, que se refieren a aquel cerebro capaz de preservarse y que mantiene todas sus capacidades. Tanto el modelo psicogerontológico como el neurocientífico asumen que la exposición a lo largo de la vida a estilos de vida y a hábitos y conductas concretos potencian esa preservación. Y estos factores, al ser modificables, son también ejercitables.

---

<sup>a</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

### Apuesta por la investigación

Muchas empresas tecnológicas están desarrollando herramientas destinadas a las personas mayores, como por ejemplo dispositivos de monitorización del comportamiento (*wearables*) que en base a su análisis pueden proporcionar información de retorno (*feedback*), incluyendo sugerencias para el cambio de hábitos o estilos de vida al usuario. La tecnología computarizada, junto a la Inteligencia Artificial, permite recoger datos de campo para poder localizar patrones, biomarcadores, que identifiquen el riesgo de sufrir una enfermedad al llegar a una edad avanzada.

Este hecho es alentador para la investigación en el ámbito del envejecimiento, sobre todo en el amplio campo de las demencias, como la enfermedad de Alzheimer, que es la más investigada por ser la más prevalente. Hay conclusiones, extraídas de estudios realizados con datos metaanalíticos, que indican que, si las personas llevasen estilos de vida beneficiosos para la salud en general a lo largo de su vida, sin factores de riesgo (p. ej., evitando el alcohol, el tabaquismo o demás factores de riesgo vascular), y lograran adherirse a patrones de sueño, de alimentación, de actividad cognitiva y física adecuados, el número de casos de demencia se reduciría en un 40%.

El hecho de que revistas como *The Lancet* publiquen estudios de este tipo<sup>3</sup> ha permitido expandir el conocimiento de tales resultados a las compañías tecnológicas o farmacológicas para que puedan interesarse en invertir en la generación de soluciones para una enfermedad de gran prevalencia como la de Alzheimer. No obstante, las soluciones farmacológicas para la salud cerebral presentan, hasta la fecha, menos desarrollo.

### Futuros éxitos

#### Fármacos

A pesar de que falta aún disponer de más estudios, en el caso de la enfermedad de Alzheimer se están empujando a desarrollar fármacos que por primera vez han demostrado que actúan directamente atenuando o reduciendo la fisiopatología propia de la enfermedad, por ejemplo, reduciendo la deposición de péptidos  $\beta$ -amiloide en el cerebro y provocando con ello un efecto clínico. Parcial o totalmente, las agencias regu-

ladoras han aprobado o están a punto de aprobar este tipo de fármacos, que se espera que tendrán un gran impacto, ya que la enfermedad de Alzheimer, además de tener una significativa prevalencia, comporta una discapacidad que repercute tanto en los afectados como en sus allegados y en la sociedad en general.

#### Medicina personalizada

La medicina personalizada también será un éxito cuando los tratamientos se puedan individualizar, y ello parte de poder definir mejor grupos de personas basándose en diferentes factores. Por ejemplo, se considera que, debido a factores puramente biológicos, hay personas que probablemente tengan un metabolismo para el que va mejor un tipo de alimentación que otro, o que pueden tolerar mejor la actividad física o sufrir más repercusiones negativas del sedentarismo. También hay que tener en cuenta aspectos psicológicos de la persona para considerar recomendaciones individualizadas y de esta forma lograr mantener la salud cerebral y mental a lo largo de la vida.

---

La neuroimagen permite evidenciar conceptos como *superager* o *brain maintenance*, que se refieren a aquel cerebro capaz de preservarse y que mantiene todas sus capacidades.

---



ción y riesgo para la demencia en edades avanzadas<sup>4</sup>. En conjunto con datos de biomarcadores específicos de estas condiciones, así como la incorporación de nuevas tecnologías y el uso de Inteligencia Artificial que permitan por ejemplo identificar patrones relativos al análisis del habla y el discurso, en cuanto a su contenido de ideas, así como la entonación y prosodia, pueden ayudar a identificar a personas con riesgo de demencia y, por tanto, implementar nuevas estrategias preventivas más personalizadas.

### Factibilidad de los nuevos modelos

Partiendo de la base de que la tecnología avanza y que ya está facilitando muchas labores en la monitorización de los hábitos de vida, que se cuenta con inversores que apuestan por las tecnologías compatibles con la Inteligencia Artificial y que los perfiles profesionales sanitarios también se actualizan, es completamente factible la implementación de unos nuevos modelos de atención a los usuarios que permitan ser asistidos desde una perspectiva de medicina personalizada.

El uso de sistemas tecnológicos, como las herramientas de *screening*, casi en constante actualización, que pueden dar información a tiempo real utilizando *coaches* o personal sanitario para monitorizar y al mismo tiempo dar *feedback*, información e instrucciones consiguiendo llegar a una gran cantidad de personas

de forma eficiente y rápida será vital para estos nuevos modelos, que resultarán menos costosos, tanto por la parte de gasto sanitario como por la parte de gasto familiar.

---

La medicina personalizada también será un éxito cuando los tratamientos se puedan individualizar, y ello parte de poder definir mejor grupos de personas basándose en diferentes factores.

---

Con estos modelos también se busca implicar más al paciente, ya que lo motiva y empodera, a la vez que descarga mucha tensión al sistema sanitario.

Otro ejemplo del uso de la nueva neurotecnología para la salud mental es el estudio que estamos realizando desde la Universidad de Barcelona en colaboración con el Institut Gutmann financiado por la Marató de TV3<sup>b</sup>, donde investigamos la aplicabilidad y eficacia de un tratamiento ambulatorio de estimulación cerebral no invasiva para el tratamiento de la depresión resistente a fármacos. En este caso, y en lugar de utilizar este tipo de tratamiento en un contexto hospitalario y supervisado directamente por personal sanitario, se opta por la telemedicina, entrenando a los pacientes y sus allegados a realizar el tratamiento de forma domiciliaria, resultando en consecuencia en una reducción de la tensión del sistema sanitario, empoderando a los pacientes en el manejo de su propia condición y reduciendo el número de desplazamientos y discomfort.

---

Con estos modelos también se busca implicar más al paciente, ya que lo motiva y empodera, a la vez que descarga mucha tensión al sistema sanitario.

---

### Barcelona Brain Health Initiative

En 2017 iniciamos desde el Institut Gutmann el estudio Barcelona Brain Health Initiative en colaboración con la Universidad de Barcelona y con la Universidad de Harvard, e invitamos a todos los voluntarios que quisieran participar, personas de entre 40 y 65 años

<sup>b</sup> Home-based non-invasive brain stimulation for treatment-resistant depression: feasibility, efficacy and biomarker of treatment response. Fundació 'La Marató de TV3'. <https://www.clinicbarcelona.org/idibaps/areas-de-investigacion/neurociencias-clinicas-y-experimentales/neuropsicologia/proyectos>

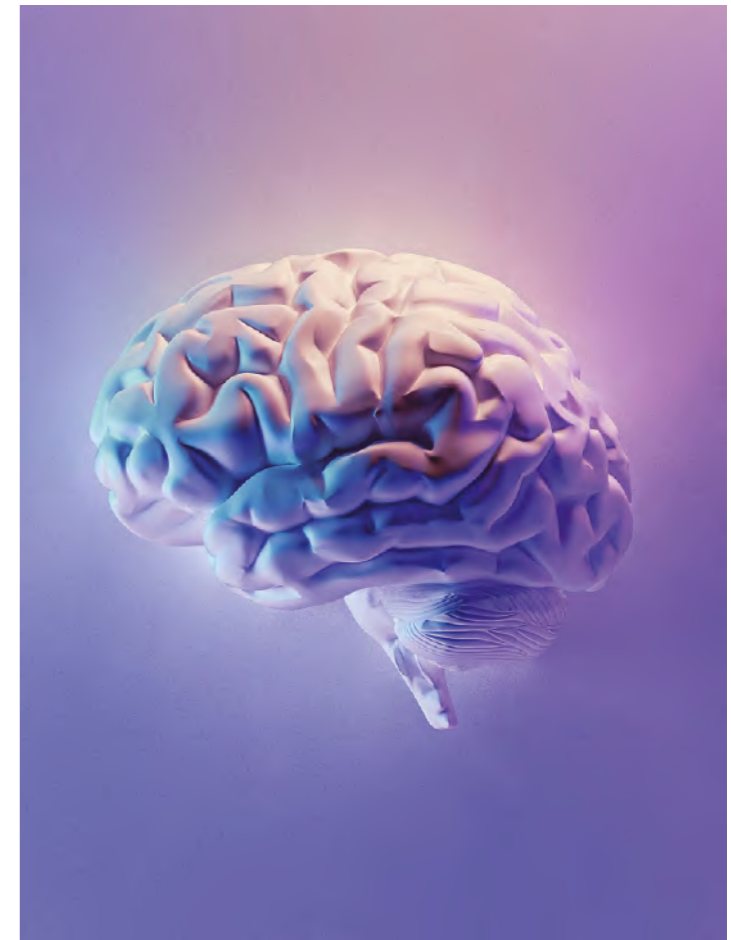


Foto de Milad Fakurian en Unsplash

que no tuviesen ninguna enfermedad del cerebro. Una parte importante de esta iniciativa lo constituye el desarrollo de soluciones tecnológicas para monitorizar la salud a distancia, empleando perfiles personalizados online que permiten recoger información de más de 6.000 voluntarios de forma continuada en el tiempo, incluyendo la monitorización de hábitos y estilos de vida (actividad física, socialización, hábito del sueño, alimentación, perfil psicológico, aspectos de la personalidad, propósitos de vida, niveles de estrés), factores de riesgo para enfermedades, así como el registro de nuevos diagnósticos. A un grupo de la cohorte de hasta 1.000 voluntarios también se les hacen evaluaciones en persona aproximadamente cada 2 o 3 años, incluyendo exámenes médicos y neuropsicológicos así como de neuroimagen cerebral y toma de muestras para analizar biomarcadores. La combinación de una aproximación guiada por las soluciones tecnológicas que permiten obtener gran cantidad de datos relevantes para la salud de forma remota, con un enfoque más tradicional de evaluaciones en persona que aumenta la adherencia de los participantes, está permitiendo identificar cambios a nivel de patrones de comportamiento y datos biológicos que desde una edad temprana (p. ej., a partir de los 40 años) podrán

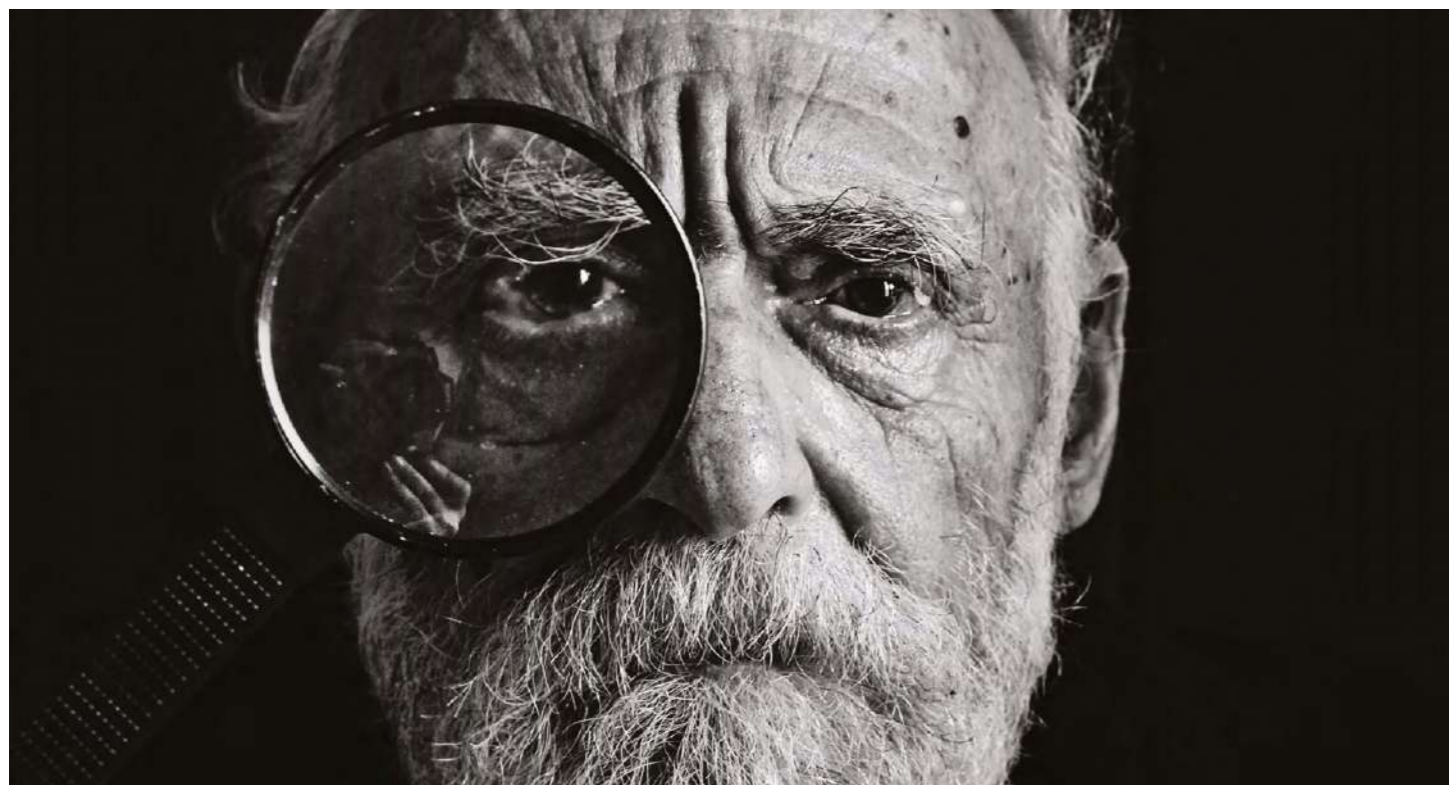
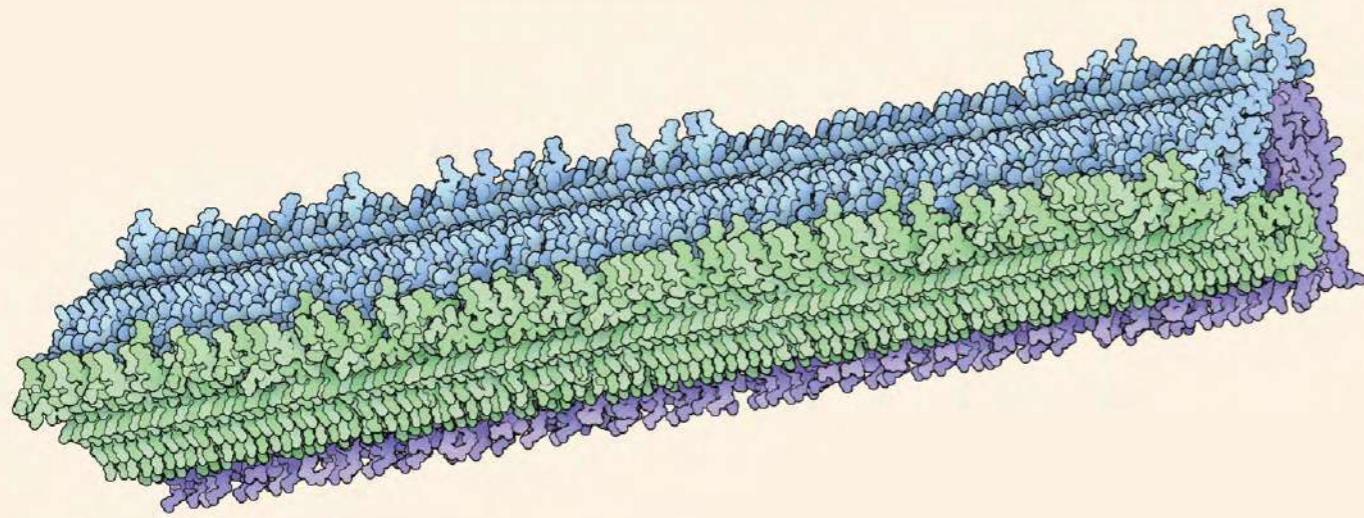


Foto de Mari Lezhava en Unsplash.



# El reto de una atención integrada para la salud mental en la vejez



Fibrilla beta-amiloide de un paciente con enfermedad de Alzheimer. Ilustración de David Goodsell / PDB.

ser asociados con la existencia de diagnósticos en evaluaciones posteriores, ayudando así a la prevención de enfermedades neuropsiquiátricas.

La OMS define el envejecimiento en base al grado de capacidad intrínseca que tiene una persona.

## Conclusión

Prevención, medicina personalizada, telemedicina, tecnología aplicada a la medicina o a la biomedicina son vitales para poder instaurar nuevos modelos de atención, así como también para proporcionar una mejor comprensión de aspectos hasta ahora relativamente desconocidos, como por ejemplo la relevancia de los aspectos psicológicos en enfermedades neurodegenerativas que afectan a las personas de edad avanzada. La tendencia actual en investigación clínica es situar al paciente (o voluntario) en el centro, empoderándolo y haciéndolo más partícipe de la toma de decisiones que afectan a su propia salud y bienestar. Sin prejuicio de que es el conocimiento científico y de los

profesionales sanitarios el que debe guiar en primer lugar las decisiones diagnósticas y terapéuticas, este cambio de modelo, más holístico y humanístico, sin duda impactará el modo en que nuestros sistemas sanitarios proporcionarán atención a nuestros ancianos.

## Bibliografía:

1. Nyberg, L., Lövdén, M., Riklund, K., Lindenberg, U., & Bäckman, L. (2012). Memory aging and brain maintenance. *Trends in cognitive sciences*, 16(5), 292-305. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.04.005>
2. Cook Maher, A., Makowski-Woidan, B., Kuang, A., Zhang, H., Weintraub, S., Mesulam, M. M., & Rogalski, E. (2022). Neuropsychological Profiles of Older Adults with Superior versus Average Episodic Memory: The Northwestern "SuperAger" Cohort. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 28(6), 563-573. <https://doi.org/10.1017/S1355617721000837>
3. Kellar, D., & Craft, S. (2020). Brain insulin resistance in Alzheimer's disease and related disorders: Mechanisms and therapeutic approaches. *The Lancet Neurology*, 19(9), 758-766. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(20\)30231-3](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(20)30231-3)
4. Bartrés-Faz, D., Solé-Padullés, C., & Marchant, N. L. (2023). Cognitive aging and dementia prevention: The time for psychology? *Aging*, 15(4), 889-891. <https://doi.org/10.18632/aging.204562>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

[brains@clustersalutmental.com](mailto:brains@clustersalutmental.com)

Para contactar directamente con el autor:

David Bartrés Faz - [dbartres@ub.edu](mailto:dbartres@ub.edu)



**Mireia Llonch**

Jefe del Servicio de Geriátrica del Consorci Sanitari de Terrassa  
Dirección del ámbito de Geriátrica, Cuidados Paliativos y Dependencias del Consorci Sanitari de Terrassa

**La sociedad ha cambiado, la población ha envejecido y envejece progresivamente. Este nuevo paradigma nos plantea un reto ineludible: ¿cómo vamos a dar respuesta a las necesidades de un segmento poblacional, las personas mayores, en aumento? Asimismo, el envejecimiento se asocia en muchos casos con problemas y enfermedades relacionadas con la salud mental, lo que añade nuevos retos al anterior. ¿Qué nuevo modelo de atención y cuidado debemos implementar para cuidar y atender a las personas mayores? ¿Desde dónde lo vamos a hacer, y qué agentes, tanto sociales como sanitarios, deben intervenir? Lo que es indudable es que necesitamos una nueva forma de trabajar y modelos de atención sociosanitaria renovados e integrados para afrontar los problemas en salud mental de las personas mayores.**

## El envejecimiento de la población y la salud mental

Nuestra sociedad está ya inmersa en un nuevo paradigma demográfico y social. En España, la población

está evolucionado hacia un aumento de la edad y de la proporción de personas mayores. Además, este envejecimiento va a ir en aumento. Se estima que en 2035 habrá unas 12,8 millones personas mayores, lo que representará el 26,5% de la población, mientras que en 2050 probablemente las personas de más de 65 años alcancen el 30% del total, según el Instituto Nacional de Estadística.

En Catalunya, por ejemplo, el envejecimiento actual (la relación entre personas de más de 65 años y las de menos de 15 años) es del 116,71%, un valor que supera con creces el de anteriores años. Asimismo, el porcentaje de sobre-envejecimiento (porcentaje de personas que superan los 84 años en relación con las personas de 65 años o más) experimenta una tendencia similar, pasando del 12,8% en 2007 al 16% en 2016<sup>1</sup>.

Según las previsiones del Institut d'Estadística de Catalunya para el período 2018-2030<sup>2</sup>, el envejecimiento de la población en Catalunya será progresivo a raíz de la baja natalidad: la población joven disminuirá en términos absolutos y en términos relativos, la población adul-



ta aumentará en términos absolutos pero disminuirá en términos relativos, y la población mayor aumentará en términos absolutos y en términos relativos (Figura 1).

Asimismo, cabe tener en cuenta que más del 40% de las personas mayores sufren deterioro cognitivo o demencia, y este porcentaje crece en pacientes que previamente ya estaban diagnosticados con una enfermedad mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún trastorno mental o neurológico, y el 6,6% de la discapacidad en este grupo poblacional se relaciona con trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana el 17,4% de los años vividos con discapacidad<sup>3</sup>.

Los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad son la demencia y la depresión. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población en edad mayor. Por su parte, la depresión afecta a entre el 10% y el 15% de población con más de 65 años, aunque el porcentaje puede ser mayor incluso cuando se tiene en cuenta el espectro total de los síndromes depresivos, incluyendo la depresión subclínica<sup>4</sup>.

El envejecimiento se asocia con un declive de la salud física y de la salud mental, y hay numerosos factores

que inciden en el desarrollo de las enfermedades y de la calidad de vida de la persona, como su adaptabilidad, su estilo de vida o el peso del entorno familiar y social.

### El abordaje de los trastornos mentales en las personas mayores

Los problemas de salud mental en la vejez pueden estar relacionados con trastornos padecidos a lo largo de toda la vida o con nuevas enfermedades que aparecen en el proceso de envejecimiento. No todas las enfermedades mentales “envejecen” de la misma manera, no siempre se atenúan con el paso de los años (puede ser al contrario), y no en todos los casos pueden derivar de una demencia<sup>3</sup>.

Como señalábamos anteriormente, la OMS indica que los trastornos depresivos y el deterioro cognitivo son los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes entre la población mayor. Entre los factores que influyen en la aparición de trastornos mentales en personas mayores están las limitaciones funcionales y la salud física. Se ha comprobado que existe una comorbilidad importante de trastornos de salud mental y enfermedades crónicas, que incluyen las lesiones recurrentes (producidas por caídas en numerosas ocasiones), los accidentes cardiovasculares o el dolor crónico.



Foto de Stock por Vecteezy.

Otros factores ampliamente documentados y conocidos son la soledad o los factores sociales y económicos, que inciden en la vulnerabilidad de las personas mayores ante el desarrollo de un trastorno mental.

rias como por parte de las propias personas mayores. Es necesario abordar esta problemática desde el realismo y trabajando sobre el estigma que pesa sobre las enfermedades mentales, que en muchos casos hace que las personas no demanden ayuda.

Más del 40% de las personas mayores sufren deterioro cognitivo o demencia, y este porcentaje crece en pacientes que previamente ya estaban diagnosticados con una enfermedad mental.

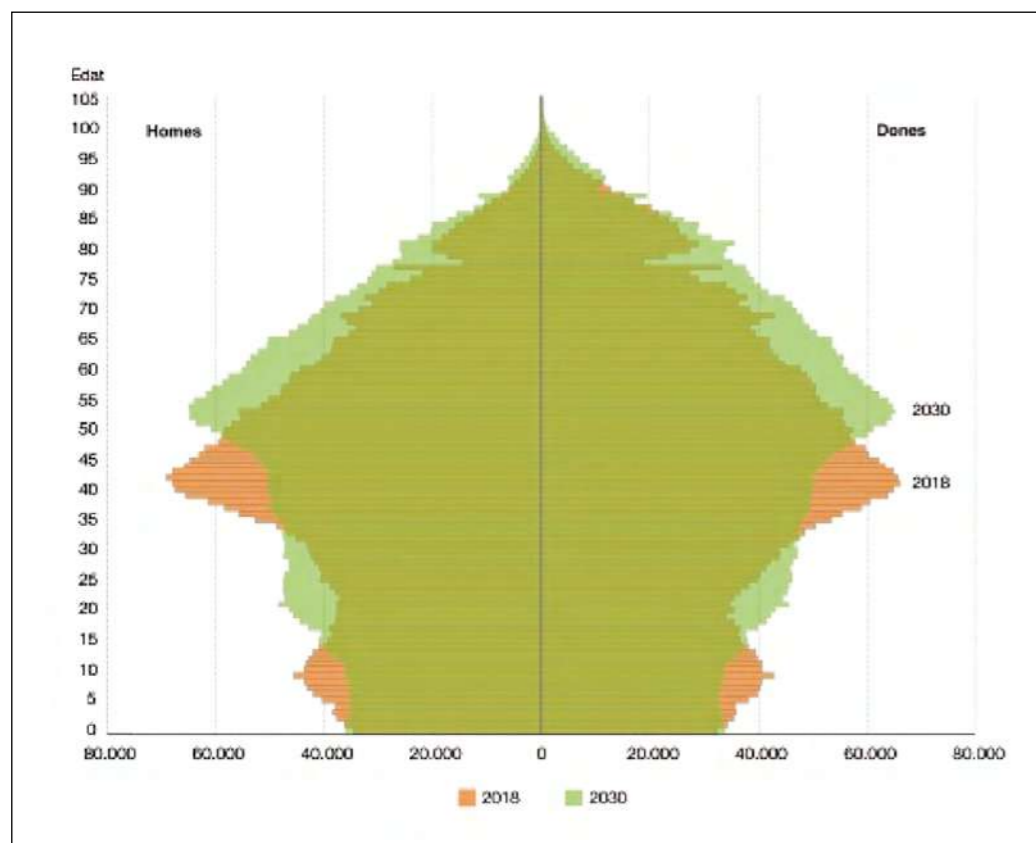
Hay que tener en cuenta también el papel de los cuidadores, especialmente la atención familiar y/o no profesional. Los cuidados en el hogar conllevan una tensión psicológica, social, económica y física que es difícil de sobrellevar sin un apoyo más sistémico o estructural. De hecho, es habitual que los cuidadores presenten unos niveles clínicos elevados de ansiedad y fatiga, e incluso que lleguen a sufrir una depresión<sup>4</sup>.

La misma OMS, ante esta coyuntura, subraya la importancia de satisfacer las necesidades básicas de las personas mayores para prevenir y atender los trastornos afectivos y mentales. En este sentido, se indica la promoción de programas de desarrollo comunitario, la capacitación del personal sanitario dedicado a las personas mayores, la atención específica a colectivos vulnerables, el apoyo social y una vivienda adecuada y digna.

### Estrategias de tratamiento y asistencia

Por otro lado, en general, debemos mejorar el reconocimiento de los problemas de salud mental tanto por parte de las estructuras de atención sociosanita-

En la actualidad, y ante el paradigma que estamos viviendo, debemos crear unidades capaces de atender



**Figura 1.** Población por sexo y edad según escenario medio. Catalunya. 2018-2030. Fuente: IDESCAT. Estimacions de població i projeccions de població (base 2018). <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/aiss-conceptualitzacio.pdf>



las diversas –y a la vez específicas– necesidades de las personas mayores, mejorando el grado experto de los profesionales y su capacitación. Debemos ser capaces de trabajar con estos pacientes con mayor eficiencia y efectividad tanto en domicilio como en los centros sanitarios, así como en otras esferas del espectro social.

---

## Los trastornos depresivos y el deterioro cognitivo son los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes entre la población mayor.

---

Desde la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología<sup>4</sup> se recomienda llevar a cabo cambios en el esti-

lo de vida que contribuyan al bienestar físico y mental de los mayores, promoviendo la participación en actividades positivas para mejorar su salud mental, practicando ejercicio físico, aumentando la participación social de este colectivo o mejorando los hábitos de alimentación, con el objetivo de potenciar la salud física, reducir los síntomas depresivos y optimizar el tratamiento de enfermedades crónicas para prevenir los trastornos mentales.

Además de la promoción de una vida activa saludable, el desarrollo de entornos amigables y la lucha contra la estigmatización son también líneas claves de actuación para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores con problemas de salud mental. Por otro lado, es necesario desarrollar estrategias para disminuir la soledad no deseada, cuya incidencia en la salud mental en la vejez tiene un impacto importante<sup>5</sup>.

Otra línea de prevención y asistencia se refiere a la desmedicalización y a la intensificación de la atención psicológica en este colectivo. Debemos potenciar el bienestar emocional desde la atención primaria y mejorar la detección de trastornos y la atención psicológica precoz. Grupos de apoyo, terapias estratégicas y apoyo entre iguales son herramientas que pueden ayudar a las personas mayores a desarrollarse en ambientes más amables y que propicien la disminución de tratamientos farmacológicos. Actualmente, en

nuestro sistema sanitario, las personas con problemas de salud mental se derivan principalmente a centros hospitalarios y residencias, pero necesitamos un cambio de mentalidad basado en una atención domiciliar de mayor calidad, adaptándonos a las necesidades de las personas para que puedan vivir en su entorno habitual<sup>5</sup>.

---

## La promoción de una vida activa saludable, el desarrollo de entornos amigables y la lucha contra la estigmatización son también líneas claves de actuación para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores con problemas de salud mental.

---

### Una atención integrada y global

---

El principal reto que debemos enfrentar ahora es una atención social y sanitaria integrada, adaptando los recursos a los cuidados en domicilio y residencias.

Ciertamente, en el ámbito sociosanitario de la atención intermedia existe una especialización más desarrollada en lo referente al deterioro cognitivo y la demencia, pero en pacientes mayores con otros trastornos relacionados con salud mental, las estructuras, a día de hoy, no están tan firmemente consolidadas. Existen ya diversos planes de atención intermedia sociosanitaria como los planes directores de salud mental. Desde la Generalitat de Catalunya, por ejemplo, está el *Pla Català d'Atenció*



Foto de Izzy Park en Unsplash.

*a les Demències* (PLADEMCAT)<sup>6</sup>, orientado a la atención sanitaria a las personas con deterioro cognitivo y demencia. Sin embargo, tenemos todavía carencias en lo referente a la atención a personas con enfermedad mental o con demencia, con falta de estructuras y líneas más sólidas de desarrollo que den respuesta a las necesidades de este tipo de pacientes.

En salud mental, en general, nuestros centros sanitarios poseen estructuras para la hospitalización de agudos y subagudos, pero todavía hay un importante vacío para la atención psicogeriatrica. Las personas mayores con trastornos de salud mental presentan una sintomatología psiquiátrica muy compleja, y la atención a estos pacientes requiere de un trabajo coordinado e integrado desde diferentes disciplinas sociales y sanitarias, mejorando asimismo las estructuras.

En los departamentos de salud se han detectado estas necesidades y se están diseñando planes de salud para personas mayores y planes de salud mental que favorezcan la interacción y el trabajo conjunto para buscar soluciones a las necesidades de este grupo poblacional.



Foto de Eberhard Grossgasteiger en Altpotos.



Se trata de desarrollar una atención global e integrada, no en paralelo, de modelos y departamentos, adecuando los recursos existentes para el cuidado y el tratamiento de pacientes mayores con patologías psiquiátricas.

Como decíamos, en relación con los pacientes mayores con demencia, sí existe una atención bien estructurada tanto en España como en Catalunya. Desde los servicios de geriatría y de atención sociosanitaria sí se brinda una atención transversal. Pero el mayor vacío en cuanto a recursos y atención se da en el enfermo mayor y psiquiátrico, cuya complejidad, a nivel de síntomas, de cuidados y de entornos sociales, exige nuevos modelos basados en una atención transversal.

Debemos agrupar todos los dispositivos destinados al tratamiento y a la prevención de trastornos mentales en la vejez en entornos hospitalarios, ambulatorios y domiciliarios. A modo de ejemplo, en el Consorci Sanitari de Terrassa se coordinan los servicios de psiquiatría de los hospitales con otros centros de salud mental, mientras paralelamente se implementan estructuras de apoyo para centros de atención primaria<sup>7</sup>.

Un modelo integrado y transversal pasa por tratar a los pacientes con trastornos psiquiátricos con equipos interdisciplinarios de profesionales especialistas en Psiquiatría, Psicología clínica, Trabajo social, Terapia ocupacional y personal de Enfermería especializado en Salud Mental. Por otro lado, se debe afrontar el tratamiento de las consecuencias médicas, sociales, laborales y familiares de las enfermedades psiquiátricas, rehabilitando las capacidades alteradas, reinsertando a los pacientes en la sociedad y prestando apoyo también a sus cuidadores principales.

Así, la complementariedad entre las profesiones sociosanitarias es fundamental para atender a los enfermos psiquiátricos, que, a diferencia con décadas pasadas, cada vez viven más tiempo. Estos pacientes se han de evaluar de forma multidisciplinar, desde diferentes especialidades (geriatría, psiquiatra, neurología, enfermería, rehabilitación, etc.), y además recibir el apoyo de recursos del ámbito social.

## Conclusiones

La atención integrada social y sanitaria para personas mayores con trastornos de salud mental es el camino a seguir. No podemos esperar más. Centros sanitarios,

departamentos, hospitales, atención primaria, toda la estructura a nivel sistémico hemos tardado en reaccionar ante una realidad que sabíamos que llegaría y que ya está aquí. Debemos trabajar para las necesidades de las personas, y tanto desde el ámbito sanitario como social debemos ser capaces de dar respuesta a estos enfermos complejos.

Crear nuevos modelos transversales, desarrollar herramientas de apoyo a las necesidades de estas personas y aprovechar el uso de nuevas tecnologías son los retos que debemos afrontar sin mayor dilación. Una transformación que ha de darse en los próximos años.

## Referencias bibliográficas:

1. Atenció integradasocial i sanitària. Conceptualització. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/aiss-conceptualitzacio.pdf>
2. IDESCAT. Projeccions de població. 2021-2041 (base 2008). Principals Resultats. Estadística Demogràfica 2041, 14 (2009).
3. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
4. Nota de prensa: Los trastornos mentales, frecuentes en las personas mayores, impiden disfrutar de una madurez activa. Disponible en: <https://www.segg.es/ciudadania/2016/10/10/los-trastornos-mentales-frecuentes-en-las-personas-mayores-impiden-disfrutar-de-una-madurez-activa>
5. Grup MUTUAM. Estratègies de futur per a l'abordatge dels trastorns mentals en la gent gran. Disponible en: <https://www.mutuam.cat/blog/atencio-sanitaria-i-dependencia/estrategies-de-futur-per-a-labordatge-dels-trastorns-mentals-en-la-gent-gran>
6. Bullich Marín I., Cañabate González M.P., Casablancas Figueras S., Cuevas Esteban J., Forné González S, Lladó Plarrumaní A., et al. (2022). Pla d'atenció sanitària a les persones amb deteriorament cognitiu lleu i demència de Catalunya (PLADEMCAT). Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Disponible en <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/9279>
7. Consorci Sanitari de Terrassa. Atenció a la Salut Mental. Disponible en: <https://cst.cat/serveis/ambit-datencio-a-la-salut-mental/>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:  
**brains@clustersalutmental.com**  
 Para contactar directamente con el autor:  
**Mireia Llonch - mllonch@cst.cat**

# Q-CARE, un dispositivo específico de atención urgente a pacientes frágiles



**Josep Ris Romeu**  
 Director del Procés d'Atenció Urgent,  
 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



**Mireia Puig Campmany**  
 Directora de Servei d'Urgències,  
 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



**Marta Blázquez Andión**  
 Coordinadora clínica  
 del programa de fragilitat,  
 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

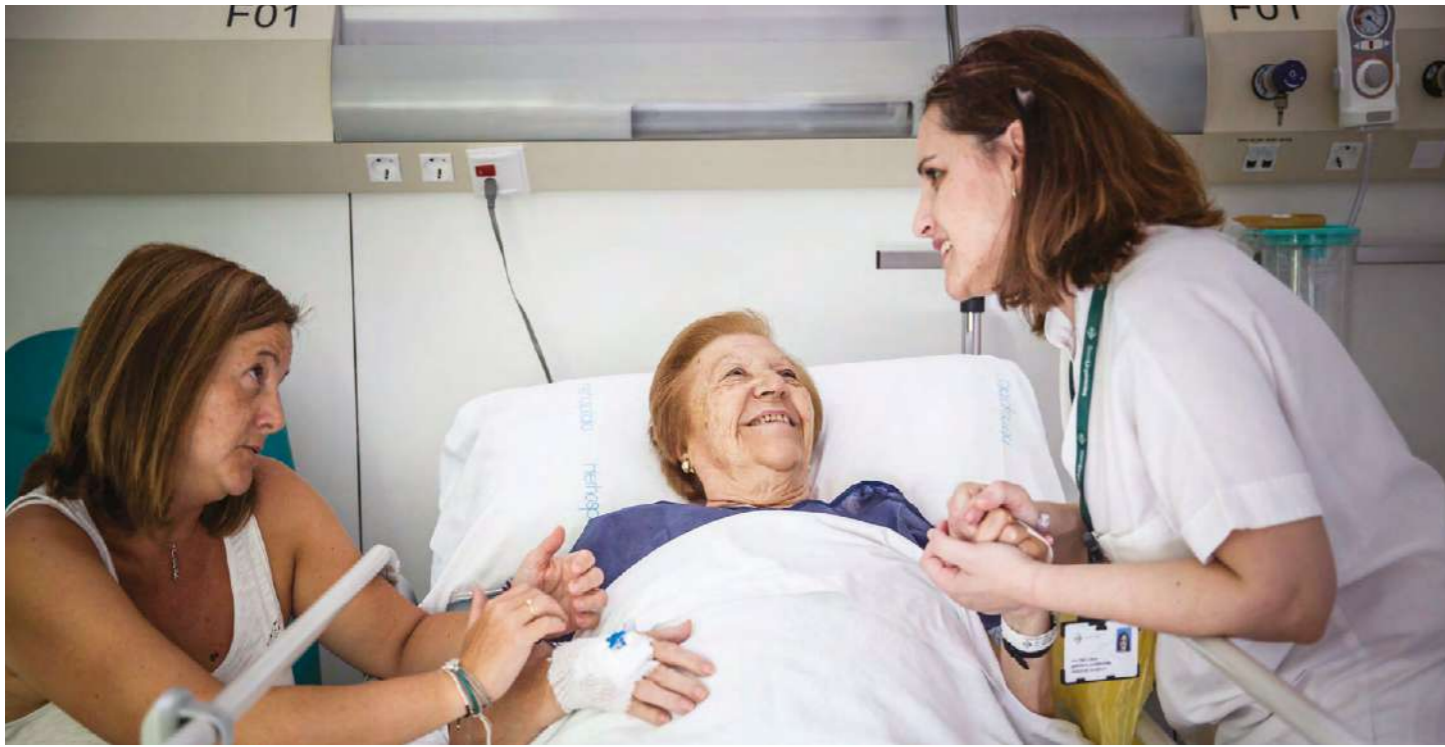
Las mejoras sociales, de salud pública, médicas y tecnológicas producidas en las últimas décadas han comportado una disminución en la mortalidad y un incremento progresivo de la esperanza de vida. Nos encontramos, afortunadamente, con un crecimiento imparable de la población de edad avanzada, pero esto lleva consigo un incremento de las necesidades sanitarias, que, además, son distintas y específicas para este grupo poblacional. El impacto sobre todo el sistema y, por ende, sobre los Servicios de Urgencias es muy relevante, y estos deben replantear el modelo de atención que aplican para satisfacer unas necesidades que son distintas<sup>1</sup>. La falta de modelos específicos en un área en la que el abordaje experto y resolutivo, multidimensional y multidisciplinar es

imprescindible, pone de relieve el caso Q-CARE del Servicio de Urgencias del Hospital de Sant Pau de Barcelona, que está poniendo en práctica un nuevo modelo y propone una nueva solución con una visión diferenciada.

## El cambio de modelo de atención urgente en personas mayores

Distintos registros europeos ponen de manifiesto una curva progresivamente ascendente en el número de episodios urgentes atendidos por los distintos sistemas de salud en los diferentes países; solo en el período 2013-2022, el incremento supera el 13% en las





Enfermera hace un acompañamiento a una mujer atendida en el (DAFSU). Fotografía de Ariadna Creus y Àngel García.

publicaciones, y en nuestra experiencia, con alrededor de 1.000.000 de casos atendidos en este período, supera el 15%. Las causas del aumento de esta demanda son múltiples y no son el motivo del actual artículo, pero, sin duda, el envejecimiento de la población, la eventual fragilidad y la multimorbilidad son elementos clave para explicarlo. De este modo, nuestros datos reflejan cómo el incremento de la demanda en personas mayores de 84 años ha aumentado en un 34% en solo 10 años.

El modelo de atención urgente clásico, que se basa fundamentalmente en el diagnóstico médico y que se ha mostrado tan útil en la mayoría de ocasiones, es probablemente insuficiente en la población más envejecida, en la que intervienen decisivamente otros factores<sup>1,2</sup>. El grado de dependencia, el deterioro cognitivo, la polifarmacia y la cronicidad, el sexo, la soledad y la pobreza, entre otros, son factores que se imbrican perfectamente (en distintos grados en cada caso) en el propio motivo de consulta urgente. Solo si estos otros factores son considerados en el modelo de atención que se proponga, podremos realmente intentar atender el problema de salud intercurrente y proponer la solución más adecuada y adaptada al caso. Por lo tanto, el modelo diagnóstico-tratamiento se muestra poco operativo en la atención urgente de personas frágiles y es preferible un acercamiento distinto, más amplio, basado en un modelo problema-solución, que hace necesario un diagnóstico multidimensional que incluya los aspectos

sanitarios, personales, sociales y económicos. Esta concepción, fundamental en geriatría, debe ser aplicable en la atención urgente (y desde el primer momento de contacto), con un modelo adaptado que lo haga posible en cualquier servicio de urgencias.

### La necesidad de nuevos modelos del SUH

Por este motivo, en 2012, se diseñó un Programa de Atención a la Fragilidad en el Servicio de Urgencias, que incluía la evaluación de la fragilidad y el diagnóstico situacional del paciente a su llegada a urgencias; de este modo, puede establecerse un plan protocolizado para el diagnóstico, atención y cuidados para cada paciente. Además, en 2017 se diseñó un área especialmente adaptada, estructural y funcionalmente, para mejorar la estancia de los pacientes y prevenir las complicaciones propias de su permanencia en el Servicio. El Plan contemplaba una visión territorial de colaboración con atención primaria, centros sociosanitarios y de cuidados intermedios de nuestra zona de influencia y recursos de atención domiciliaria o en residencias. La estancia hospitalaria es fácilmente hostil para este tipo de población; por lo tanto, el objetivo final es la resolución del episodio agudo en el menor número de horas posible y, en cualquier caso, proponer la ubicación posthospitalaria más favorable para el paciente, en franca coordinación entre los niveles asistenciales y los distintos dispositivos sanitarios, para obtener así el mejor resultado de salud y minimizar riesgos.

Para poder implementar el Plan fue necesario establecer los protocolos adecuados, formar específicamente a los profesionales y propiciar la participación activa multidisciplinaria: especialistas de urgencias, farmacia, geriatría, enfermería y trabajo social, principalmente.

El American College of Emergency Physicians (ACEP) propuso, en 2014, unas recomendaciones de geriatrización de los servicios de urgencias hospitalarios y diseñó una acreditación para incentivar estas prácticas (Geriatric Emergency Department Accreditation [GEDA])<sup>3</sup>. Nuestro Servicio de Urgencias recibió tal acreditación en 2018, siendo hasta 2022 el único Servicio de Urgencias con esta característica fuera de Estados Unidos o Canadá.

---

El modelo de atención urgente clásico, que se basa fundamentalmente en el diagnóstico médico y que se ha mostrado tan útil en la mayoría de ocasiones, es probablemente insuficiente en la población más envejecida, en la que intervienen decisivamente otros factores.

---

El modelo debe reconocer y atender las necesidades distintas de estos pacientes (multimorbilidad, dependencia, cronicidad, polifarmacia, similitud de presentaciones clínicas, muchas veces insidiosas, déficits cognitivos que dificultan la comunicación, síndromes geriátricos, desproporción entre causas y efectos producidos, riesgos de la propia estancia hospitalaria, etc.) y, en conjun-

to, evitar situaciones de infradiagnóstico y tratamiento, al contrario, exploraciones innecesarias y encarnizamiento terapéutico, y en todo caso evitar complicaciones previsibles e indeseadas que pueden modificar dramáticamente el pronóstico, como lo es el síndrome confusional y el *delirium*.

Para ello, es fundamental, ya en el primer contacto, la detección, identificación y gradación de la fragilidad y sus riesgos, mediante el uso de escalas fáciles y fiables; de este modo, el triaje convencional debe complementarse para proteger adecuadamente al paciente de una eventual demora y permitir escoger la mejor trayectoria en el proceso de atención que seguirá.

### Características diferenciales del modelo

El proceso asistencial se dirige a resolver el problema clínico por el que ha consultado el paciente, pero para ello es imprescindible atender también a otras necesidades que a veces han provocado la urgencia o viceversa, y hacerlo desde una visión integral<sup>4</sup>. A continuación se exponen los puntos más destacados y específicos del Programa de fragilidad y, finalmente, algunos resultados obtenidos con los recursos actuales.

#### Triaje

Los sistemas actuales de triaje implantados en los servicios de urgencias de todo el mundo conllevan, cuando se aplican en la población anciana, infradetección de procesos urgentes y retrasos en la atención<sup>5</sup>. El motivo principal es que procesos comunes pero muy graves, como el infarto de miocardio o las infecciones severas, tienen presentaciones sutiles, distintas y alejadas de los síntomas clásicos, hecho que dificulta su detección en el proceso de triaje. Por tanto, el triaje convencional debe ser complementado mediante escalas de fragilidad fácilmente aplicables y otros procedimientos añadidos o proponer un triaje de nueva concepción, basado, por ejemplo, en inteligencia artificial, que posibilite una mayor sensibilidad de detección

#### Diagnóstico situacional

La valoración clínica debe ser multidimensional e incluir no solo la evaluación del proceso orgánico que sufre la persona y sus consecuencias, sino también el estado cognitivo del paciente, su nivel de dependencia y su entorno social, es decir, obtener un diagnóstico situacional. Es necesario evaluar de manera completa cuáles son las repercusiones de la enfermedad aguda en todas estas dimensiones y viceversa, para poder





Profesionales en el (DAFSU). Fotografía de Ariadna Creus y Àngel García.

confeccionar un plan de tratamiento y cuidados integral. De este modo, aunque la atención sanitaria urgente es la prioridad, se contemplan, sistemáticamente y desde un primer momento, todos los aspectos descritos respecto al paciente y a su entorno<sup>6</sup>.

#### Entorno adecuado

Los servicios de urgencias son, en general, entornos de riesgo para los pacientes ancianos vulnerables, puesto que dificultan el descanso, el acompañamiento y el confort, propician el cambio de rutina y aumentan el estrés, añadiéndose todo ello a la enfermedad aguda que ha inducido la consulta. En estas circunstancias es frecuente, sobre todo en pacientes con deterioro cognitivo, la aparición de síndrome confusional o *delirium*, que no solo complica el manejo del proceso agudo, sino que además modifica negativamente su pronóstico.

La mejor prevención es generar espacios adaptados para los pacientes vulnerables, donde exista luz solar para facilitar la orientación, aislamiento acústico, espacio suficiente para la familia y otras mejoras que fomenten su autonomía (que pueda levantarse y estar sentado o incluso dar paseos cortos), y donde un plan de cuidados específicamente diseñado para el paciente anciano contribuya a optimizar su estancia y evitar las complicaciones.

#### Plan de cuidados adaptado

El plan de cuidados debe corresponder a los protocolos para la atención del tipo de urgencia, pero

complementándolos prioritariamente con los de prevención de riesgos relacionados con el proceso y la estancia y con aquellas medidas de confort específicas para pacientes frágiles<sup>7</sup>. Sistemáticamente, se aplican los protocolos para la prevención y detección precoz de *delirium* y de caídas, se prima la movilidad, sedestación y autonomía del paciente, se evitan instrumentaciones innecesarias, se optimiza el descanso y se facilita el acompañamiento continuo por parte de la familia o sus cuidadores.

#### Definición precoz de trayectoria

El objetivo de cualquier atención urgente es resolver en lo posible el motivo de consulta y sus condiciones. Tal como describíamos en párrafos anteriores, y especialmente en el paciente anciano, es imprescindible una valoración integral, mucho más eficaz, en nuestra experiencia, cuando se inicia precozmente en el primer contacto a la entrada del Servicio de Urgencias. Completada la atención aguda, la valoración de necesidades clínicas, sociales y funcionales ha de concluir en determinar el destino más favorable al alta de urgencias para el paciente y que este sea el mejor para completar la resolución del proceso.

Siempre que sea posible, el mejor destino para un paciente es el alta a su domicilio, procurando prever y suministrar todos los cuidados que pueda requerir, añadiendo, cuando es necesario, soporte clínico o social (desde ayudas o intervenciones sociales puntuales a visitas domiciliarias por los equipos adecuados o incluso programas de hospitalización a domicilio).

Cuando el requerimiento es de hospitalización, los hospitales de atención intermedia son entornos con visión geriátrica experimentada que disponen de herramientas y profesionales para hacer un abordaje enfocado a la mejoría clínica y a la recuperación funcional, para finalmente, conseguir también un alta a su entorno lo antes posible.

En muchos casos, el paciente padece un proceso que requiere procedimientos diagnósticos o tratamientos más complejos que precisan del ingreso en el hospital de agudos.

En definitiva, la definición precoz de la trayectoria que seguirá un paciente se refiere a iniciar la decisión sobre su mejor destinación, desde un primer momento de atención, mediante el empleo de unas herramientas básicas y accesibles que permiten realizar una valoración integral y tomar la mejor alternativa, incluso cuando esta debe ajustarse conforme se amplía la información de la que se dispone y se comprueba la propia evolución clínica<sup>8,9</sup>.

---

En muchos casos, el paciente padece un proceso que requiere procedimientos diagnósticos o tratamientos más complejos que precisan del ingreso en el hospital de agudos.

---

#### Resultados del modelo

El Programa de fragilidad se aplica desde la llegada del paciente al servicio de urgencias y en cualquier área del servicio. Sin embargo, los pacientes con mayor fragilidad y en los que no se prioriza otro protocolo de atención por requerir tratamientos más específicos o de otra índole son admitidos en el Área de fragilidad. Este Dispositivo, inaugurado en noviembre de

2017, dispone de 13 amplios boxes y buenas condiciones de luz y sonorización controlada y ha permitido la atención en 2022 de 5.136 pacientes, 67% mujeres, con edad promedio de 87 años y un nivel de urgencia elevado, mayoritariamente (98,5%)<sup>1-3</sup>. Los resultados más destacables son la disminución progresiva de la estancia (con una mediana de 16 horas), el incremento de altas con destino domiciliario y una disminución de los ingresos en el hospital. Por otra parte, la encuesta PLAENSA 2022 realizada por el CatSalut en nuestro Servicio de Urgencias muestra un elevado índice de satisfacción por parte de los usuarios que han valorado con una nota muy alta indicadores como si se dieron todas las explicaciones necesarias sobre la enfermedad, si se resolvió su problema de salud en urgencias o si la información recibida fue coherente y completa, y si las explicaciones en el momento del alta fueron comprensibles y detalladas.

#### Q-CARE, un dispositivo específico de atención a la fragilidad

Habiendo observado la necesidad creciente de ofrecer una solución adecuada a una población cada vez más numerosa y con requerimientos específicos, tanto desde el punto de vista de experticidad y conocimiento como de modelo de atención y de una estructura adaptada, se ha proyectado la construcción de un nuevo espacio, especialmente concebido para obtener el mayor rendimiento de la aplicación del programa, avalándolo con los resultados obtenidos previamente tan satisfactorios.

El Q-CARE, un dispositivo de alta resolución para las urgencias relacionadas con la fragilidad y el envejecimiento, se ha proyectado como un nuevo espacio diferenciado de las Urgencias Generales (pero interconectado) de 5.000 m<sup>2</sup>, que permite la implantación completa del modelo de atención a la fragilidad, contemplando la creación de boxes para atención inmediata de la urgencia, amplias zonas de observación y cuidados y nuevas áreas que faciliten la extensión del modelo. Poseerá elevada capacidad de resolución, al disponer de radiología avanzada, acceso a laboratorio terciario y la capacidad quirúrgica para resolver los procesos más usuales como, por ejemplo, la fractura de fémur. Tecnológicamente, será posible la monitorización sin cables, la prevención de caídas y métodos accesibles de comunicación, información y formación al cuidador. En su conjunto, podrá resolver más de 20.000 episodios urgentes anuales.

Todas las áreas de atención están diseñadas para priorizar la autonomía del paciente y la participación de su



familia o cuidadores. Por otra parte, está previsto ofrecer, en los primeros días tras el alta y para facilitar el puente con la atención primaria, una continuidad que permita que cuidadores y pacientes puedan consultar dudas y preocupaciones, y también incluir aspectos formativos, para conseguir una mayor seguridad de las familias al aplicar los cuidados y los tratamientos recomendados

Por otra parte, el concepto Q-CARE alberga otras iniciativas relacionadas con la fragilidad, con participación de otras especialidades y la necesaria coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Así pues, todos ellos son característicamente multidisciplinares, transversales y de base territorial, destacando:

- El “**código medicamento**” es un plan transversal de conciliación terapéutica, liderado por el farmacéutico integrado en el servicio de urgencias, que persigue mejorar la prescripción de los pacientes, más allá del límite hospitalario, y evitar los riesgos derivados de la medicación en pacientes característicamente polimedicados y especialmente susceptibles a los efectos adversos<sup>10</sup>.
- La unidad funcional de ortogeriatría y fractura de fémur (**FLS, Fracture Liason Service**) es un plan multidisciplinar y de base territorial para el seguimiento y prevención de las fracturas de fémur, cuyo objetivo es la recuperación de los pacientes que han sufrido una fractura de fémur o que han sufrido otras frac-

turas derivadas de la fragilidad ósea (fracturas de muñeca, de pelvis tras caídas, etc.) y prevenir nuevas caídas y sus consecuencias.

- El **TIQUE**, cuyo objetivo es mejorar la atención sanitaria en los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, procurando mejorar el bienestar y la calidad de vida, previniendo descompensaciones o detectándolas precozmente y evitando ingresos hospitalarios.
- **Centro Médico Down (CMD)** de la Fundació Catalana Síndrome de Down, con sede en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau desde octubre del 2021. El CMD y los profesionales que lo integran priman la aplicación de un plan preventivo de salud específicamente adaptado a las características de las personas adultas con síndrome de Down, para detectar problemas de salud propios de estas personas y que es preciso buscar específicamente para su correcto diagnóstico y control.

Finalmente, para el proyecto es fundamental la relación con usuarios y asociaciones y establecer lazos de interrelación basados en programas formativos y de divulgación. Por otra parte, debe ser un motor que genere nuevas ideas y procedimientos que perfeccionen el modelo de atención para una población que es cada vez más numerosa y que tiene especificidades conocidas propias. Cualquier contacto del paciente con el Sistema de Salud, también en las urgencias, ha de ser contemplado como una ventana de oportunidad para

revisar, corregir o iniciar las medidas de identificación, prevención y seguimiento adecuadas. La coordinación ágil y facilitada de los recursos disponibles sanitarios y sociales son imprescindibles, y lo es, especialmente, en pacientes mayores con fragilidad.

---

**El mejor destino para un paciente es el alta a su domicilio, procurando prever y suministrar todos los cuidados que pueda requerir, añadiendo, cuando es necesario, soporte clínico o social.**

---

## Conclusión

Se observa un incremento progresivo e imparable de las urgencias de pacientes mayores con fragilidad, especialmente las que requieren atención hospitalaria. Son imprescindibles planes adaptados para resolver eficazmente los episodios, que tienen características distintas y específicas. Cualquier plan debe basarse en un modelo de atención adaptado y experto, y preferiblemente, con un diseño adecuado de las estructuras en las que se ejecute. El modelo debe priorizar el diagnóstico situacional y un plan de cuidados personalizado para dar la mejor respuesta a un problema multidimensional, desde una perspectiva multidisciplinaria y con visión territorial y coordinada. La aplicación del modelo disminuye la tasa de ingreso hospitalario, aumenta el número de altas al entorno natural o más propicio para el paciente y ofrece mucha mayor seguridad y satisfacción al usuario y a su entorno. Para el sistema, debe significar la obtención de mejores resultados en salud para la población y una disminución del coste al evitar hospitalizaciones que, de otra manera, serían necesarias. Las consultas de pacientes frágiles en Urgencias también pueden ser una ventana de oportunidad para lanzar programas de detección y de prevención de complicaciones.

## Referencias bibliográficas:

1. Lucke, J.A., Mooijaart, S.P., Heeren, P., et al. (2022). Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. *European Geriatric Medicine*, 13, 309-317. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00578-1>
2. Puig-Campmany, M., & Ris-Romeu, J. (2022). Frail older patients in the emergency department: main challenges. *Emergencias*, 34, 415-417.
3. Rosenberg, M.S., Carpenter, C.R., Bromley, M., Caterino, J.M., Chun, A., Gerson, L., et al. (2014). Geriatric Emergency Department guidelines. *Annals of Emergency Medicine*, 63(5). <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.02.008>
4. Hogervorst, V.M., Buurman, B.M., De Jonghe, A., et al. (2021). Emergency department management of older people living with frailty: a guide for emergency practitioners. *Emergency Medicine Journal*, 38(9), 724-729. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-210014>
5. Puig-Campmany, M., Blázquez-Andión, M., & Ris-Romeu, J. (2022). Triage tools: a cautious (and critical) view towards their use in old patients. *European Geriatric Medicine*, 13, 319-322. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00572-7>
6. Regen, E., Phelps, K., van Oppen, J.D., et al. (2022) Emergency care for older people living with frailty: patient and carer perspectives. *Emergency Medicine Journal*, 39, 726-732.
7. Carpenter, C.R., Hammouda, N., Linton, E.A., et al. (2021). Delirium Prevention, Detection, and Treatment in Emergency Medicine Settings: A Geriatric Emergency Care Applied Research (GEAR) Network Scoping Review and Consensus Statement. *Academic Emergency Medicine*, 28(1), 19-35. <https://doi.org/10.1111/acem.14166>
8. Puig-Campmany, M., Blázquez-Andión, M., & Ris-Romeu, J. (2020). Aprender, desaprender y reaprender para asistir a ancianos en urgencias: el secreto del cambio. *Emergencias*, 32, 122-130.
9. Cleveland J. (2022). Acute Care for Elders units: A model from the past or for the future?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(10), 2758-2760. <https://doi.org/10.1111/jgs.17994>
10. Juanes, A., Ruíz, J., Puig, M., Blázquez, M., Gilabert, A., López, L., Baena, M. I., Guiu, J. M., & Antònia Mangués, M. (2022). The Effect of the Drug-Related Problems Prevention Bundle on Early Readmissions in Patients From the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. *The Annals of pharmacotherapy*, 10600280221143237. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10600280221143237>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:  
**brains@clustersalutmental.com**  
Para contactar directamente con el autor:  
**Mireia Puig Campmany - mpuig@ santpau.cat**



Enfermeras elaboran un plan de cuidados para una persona mayor atendida en el (DAFSU). Fotografía de Ariadna Creus y Àngel García.



# El envejecimiento saludable: un desafío para la sociedad actual

## Magda Casamitjana

Directora del Pacte Nacional de Salut Mental adscrito al Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya



## Jorge Cuevas-Esteban

Psiquiatra, Jefe de Sección Hospitalización y Urgencias, Hospital Univeristari Germans Trias i Pujol.  
Profesor Asociado Médico, Universitat Autònoma de Barcelona



**El envejecimiento es un proceso natural que todos experimentamos a medida que avanzamos en edad. Sin embargo, el envejecimiento no tiene que ser sinónimo de enfermedad y discapacidad. Se puede alcanzar un envejecimiento saludable mediante la adopción de un estilo de vida saludable y la prevención de enfermedades crónicas. Este artículo revisa la literatura científica actual sobre el envejecimiento saludable, incluyendo los factores de riesgo y protectores asociados con la salud en la vejez, así como las intervenciones institucionales que pueden contribuir en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.**

### Introducción

El envejecimiento es un proceso bioquímico inevitable que resulta de la capacidad limitada del cuerpo para regenerarse. En las civilizaciones occidentales, la duración de la vida continúa aumentando, pero el enve-

jecimiento con frecuencia se acompaña de un mayor riesgo de enfermedades crónicas, como el cáncer y los trastornos cardiovasculares y neurodegenerativos<sup>1</sup>.

El 14 de diciembre de 2020, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró el período de 2021 a 2030 como la Década del Envejecimiento Saludable. El concepto de envejecimiento saludable sustituyó el enfoque previo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el envejecimiento activo, definiéndose como el proceso de mantener la capacidad funcional y la independencia física y mental durante la vejez<sup>2,3,4</sup>. El envejecimiento saludable es un concepto clave en la promoción de la salud de los adultos mayores. A medida que la población mundial envejece, se hace cada vez más importante comprender los factores que contribuyen a un envejecimiento saludable y cómo se pueden promover estos factores en la sociedad. Para lograrlo se deben



Foto de Vlad Sargu en Unsplash.

abordar aspectos como la nutrición, el ejercicio, la salud mental, la asistencia médica y la prevención de enfermedades crónicas.

---

La investigación futura debería considerar las características del microbioma de base de los individuos y personalizar las terapias para satisfacer sus necesidades.

---

Aunque el concepto de envejecimiento saludable y activo ha sido ampliamente investigado y discutido en ámbitos académicos, políticos y de medios populares, faltan revisiones sistemáticas que evalúen los marcos existentes de envejecimiento saludable. Abud y colaboradores<sup>5</sup> publicaron en 2021 una revisión sis-

temática que pretende identificar los determinantes clave relacionados con el envejecimiento saludable. La novedad de dicho trabajo radica en la comparación de marcos contemporáneos de investigación en envejecimiento saludable. Los autores identificaron 10 factores determinantes para el envejecimiento saludable: la actividad física, la alimentación, la autoconciencia, la perspectiva/actitud, el aprendizaje continuo, la fe, el apoyo social, la seguridad financiera, la participación comunitaria y la independencia. Es importante señalar que dichos factores determinantes del envejecimiento saludable varían en relación con diferentes circunstancias, incluyendo la cultura, la edad y el género. El envejecimiento saludable resultaría de la optimización de cada uno de los factores determinantes<sup>6</sup>.

#### **Dieta y microbiota y su asociación con el envejecimiento saludable**

---

En relación con la nutrición, es importante que los adultos mayores mantengan una dieta equilibrada y variada que incluya una amplia variedad de alimentos de todos los grupos. La ingesta adecuada de nutrientes como proteínas, vitaminas y minerales es esencial para mantener una buena salud y prevenir la malnutrición en la vejez. En ese sentido, la dieta mediterránea ha demostrado que influye positivamente en las vías moleculares que determinan la edad. En consecuencia, se ha asociado con un menor riesgo de enfermedades re-

lacionadas con la edad, principalmente enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas y oncológicas.

A pesar de las numerosas diferencias interindividuales, la evidencia científica respalda con claridad que la composición de la microbiota de las personas mayores difiere significativamente de la de los jóvenes y adultos de mediana edad. Se han realizado numerosos progresos en el estudio de la microbiota y se están acumulando pruebas sobre la eficacia de las terapias basadas en la microbiota, aunque aún faltan aplicaciones clínicas para lograr ralentizar el envejecimiento y se requieren estudios humanos más avanzados. La investigación futura debería considerar las características del microbioma de base de los individuos y personalizar las terapias para satisfacer sus necesidades. Aunque el conocimiento sobre la microbiota en los humanos es limitado, la evidencia actual ha llevado a sugerir estrategias útiles para mantener un buen estado de salud en los ancianos.

---

El envejecimiento saludable es un concepto clave en la promoción de la salud de los adultos mayores.

---

Un estilo de vida saludable, con una dieta equilibrada rica en alimentos no refinados de origen natural, junto con un ejercicio físico adecuado, aeróbico o combinado y sostenido durante períodos suficientemente largos, permite la restauración y mantenimiento de una microbiota saludable incluso en la vejez, promoviendo un envejecimiento saludable<sup>1,6</sup>.

#### **Sarcopenia y actividad física**

---

La sarcopenia es un término que se utiliza para describir la pérdida progresiva de masa muscular y fuerza que se produce con la edad. Se trata de un proceso na-



Foto de Christian Bowen en Unsplash.

tural del envejecimiento, que puede tener efectos negativos sobre la capacidad física, la calidad de vida y la independencia de las personas mayores. Se ha relacionado con un mayor riesgo de discapacidad, caídas y fracturas óseas, así como con una mayor mortalidad en personas mayores. Mantener una buena masa muscular y una buena función muscular es esencial para el envejecimiento saludable.

Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de la sarcopenia son importantes para un envejecimiento saludable. Esto se puede lograr mediante una combinación de estrategias, como el ejercicio físico regular, especialmente el entrenamiento de resistencia, la ingesta adecuada de proteínas, la suplementación nutricional y la optimización de la salud general<sup>7</sup>.

El ejercicio físico es fundamental para el envejecimiento saludable, ya que previene la pérdida de masa muscular y ósea, puede mejorar la función física, reducir el riesgo de caídas y mejorar la salud mental. Los adultos mayores deben tratar de incorporar la actividad física en su vida diaria, y deben consultar a su médico antes de comenzar cualquier programa de ejercicios<sup>8</sup>.





Foto de Philippe Leone en Unsplash.

## Soledad

Se han propuesto varias vías teóricas para explicar los efectos de la soledad en la salud de los adultos mayores. Como se ha señalado, se ha encontrado que la soledad se asocia con comportamientos de salud adversos, como prácticas de salud deficientes (p. ej., consumo de alcohol y tabaco) y menos comportamientos promotores de la salud (p. ej., menos actividad física, mala nutrición) entre las personas mayores. Además, la soledad se asocia a peor calidad del sueño en la edad avanzada.

Junto con la proliferación de investigaciones sobre los mecanismos conductuales, ha habido un aumento en los estudios que examinan los sustratos neurobiológicos de la soledad, especialmente en adultos mayores. Los mecanismos neurobiológicos candidatos incluyen cambios relacionados con la edad en las respuestas de estrés neuroendocrino, cardiovascular e inflamatorio, con aumento de la resistencia vascular, la presión arterial y la actividad hipotálamo-hipófiso-adrenocortical, resistencia glucocorticoidea que comporta alteraciones en los leucocitos circulantes y control inflamatorio deficitario y una actividad inmunitaria disminuida.

Los procesos cognitivos también se han implicado como un posible mecanismo en la relación entre soledad y salud. Por ejemplo, se ha demostrado que los sentimientos severos y persistentes de soledad deterioran la función ejecutiva y aceleran el declive cognitivo. Una incógnita que desprende la investigación es saber si las intervenciones sobre la soledad pueden revertir, y en qué medida, el deterioro cognitivo asociada a la misma<sup>9</sup>.

## Enfermedades crónicas y envejecimiento saludable

Las enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y la enfermedad cardiovascular, son factores de riesgo importantes para el envejecimiento no saludable. Sin embargo, la prevención y el manejo adecuado de estas enfermedades pueden ayudar a prevenir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. El ejercicio regular, la dieta saludable y el control adecuado de la presión arterial y la glucemia son intervenciones efectivas para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas.

## Estilo de vida y envejecimiento saludable

La salud mental también es crucial para el envejecimiento saludable. Los adultos mayores pueden enfrentarse a diferentes trastornos de la salud mental como son la depresión y la ansiedad, lo que puede afectar negativamente a su salud física y su calidad de vida. Es importante que los adultos mayores tengan accesibilidad a los recursos de salud mental comunitarios, así como un apoyo social sólido. Además, la participación en actividades sociales puede mejorar la salud mental y prevenir el aislamiento social.

La atención y el cuidado de la salud física también es importante para aspirar a un envejecimiento saludable. Los adultos mayores deben recibir atención médica regular y mantener un seguimiento de las enfermedades crónicas. También es importante que estén

informados acerca de la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas habituales, como la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad cardiovascular.

La prevención de enfermedades crónicas, sin duda, es un factor crucial para el envejecimiento saludable. Una buena manera de reducir la incidencia de enfermedades crónicas puede ser una dieta saludable, hacer ejercicio regularmente, no fumar, no consumir alcohol ni otras sustancias y adherirse a los tratamientos prescritos de una forma lo más exhaustiva posible.

### La década del envejecimiento saludable: 2020-2030

La perspectiva de la OMS sobre el envejecimiento saludable parece ser universal y se caracteriza por dos aspectos importantes: la diversidad y la inequidad.

La OMS estableció 10 prioridades de acciones concretas para alcanzar los objetivos de la Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030)<sup>2</sup>. La estrategia se basa en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Madrid International Plan of Action on Ageing [MIPAA]), desarrollado en 2002 por las ONU, y en la Estrategia Mundial de Envejecimiento y Salud de la OMS, establecida en 2016. La propuesta preliminar incluye la mayoría de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU que todos los Estados Miembros han acordado intentar lograr para el año 2030. El propósito elevado de la agenda es un compromiso global de que “nadie se quedará atrás y que cada ser humano tendrá la oportunidad de realizar su potencial en dignidad e igualdad”.

### Las 10 prioridades son:

- Prioridad 1: Establecer una plataforma para la innovación y el cambio. Iniciar el cambio para un envejecimiento saludable conectando personas e ideas de todo el mundo.
- Prioridad 2: Apoyar la planificación y acción del país. Los países deben obtener las habilidades y herramientas necesarias para crear políticas que permitan a las personas vivir vidas largas y saludables
- Prioridad 3: Recopilar mejores datos globales sobre el Envejecimiento Saludable. Lo que se mide se hace y juntos recopilamos información precisa, actualizada y significativa sobre el envejecimiento sano.
- Prioridad 4: Promover investigaciones que aborden las necesidades actuales y del futuro de las per-

La actividad física y mental de las personas mayores de 80 años no es igual. En otras palabras, aunque la edad avanzada a menudo se asocia con una capacidad intrínseca disminuida, en algunos casos una persona de 80 años puede presentar capacidades mentales y físicas iguales o incluso mejores que una persona de 30 años. Esto puede percibirse como diversidad. Por lo tanto, según la OMS, el cuidado debe dirigirse a un amplio espectro de personas mayores.

Además, la OMS enfatiza que este problema de diversidad puede surgir por inequidad, entendida como la influencia diferencial de factores como la genética, el sexo, la etnia y el ambiente en el envejecimiento. Estas inequidades deben reducirse para ayudar en la implementación de un programa para el envejecimiento saludable.

sonas mayores. La investigación incluye y beneficia a las personas mayores respondiendo a preguntas importantes de manera innovadora.

- Prioridad 5: Alinear los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores. Las personas mayores deben obtener la atención médica que necesitan, donde y cuando la necesitan.
- Prioridad 6: Sentar las bases para un sistema de atención a largo plazo en todos los países. Las personas mayores y sus cuidadores deben recibir la atención y el apoyo que necesitan para vivir con dignidad y disfrutar de sus derechos humanos fundamentales.
- Prioridad 7: Asegurar los recursos humanos necesarios para la atención integral. Debe haber personas capacitadas para proporcionar servicios de salud de calidad y cuidados a largo plazo a las personas mayores.
- Prioridad 8: Emprender una campaña mundial para combatir la discriminación por edad. Cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar sobre la edad y el envejecimiento es posible. Podemos ayudar a que esto suceda.
- Prioridad 9: Definir el contexto económico para invertir. Comprender mejor los costes y las oportunidades del envejecimiento saludable es el punto de partida para diseñar soluciones sostenibles, equitativas y eficaces.
- Prioridad 10: Mejorar la red mundial de ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores. Las ciudades y comunidades de todo el mundo deben permitir que las personas mayores hagan lo que ellos desean.



## Detectar, prevenir y tratar la fragilidad: una necesidad para seguir avanzando

La Acción Conjunta Europea sobre Fragilidad (ADVANTAGE Joint Action) de la Unión Europea define fragilidad como “un estado caracterizado por un declinar progresivo de los sistemas fisiológicos relacionado con el envejecimiento que resulta en una reducción de la capacidad intrínseca y que confiere una extrema vulnerabilidad a estresores, aumentando el riesgo de presentar diversos eventos adversos de salud”.

Las administraciones públicas tienen la obligación de proteger a las personas más vulnerables de la sociedad y crear recursos adecuados para una buena calidad de vida. Lo interesante y definitivo sería ayudar a los familiares a convivir con una persona frágil y hacer lo posible para que la persona afectada se sienta segura y querida en el espacio habitual de vida. La fragilidad hace que la persona se aíse y la incapacita para actuar como persona sociable. Hay que hacer todo lo posible para no institucionalizar a la personas con fragilidad de salud física o mental y abrir las puertas necesarias para que la persona que convive con la fragilidad se sienta cuidada



Foto de Jaddy Liu en Unsplash

## El Pacte Nacional de Salut Mental de Catalunya (PNSM) se acoge a las directrices y referencias que propone la OMS para promover un envejecimiento saludable.

### La función de las instituciones y entidades sociales de nuestro entorno en el desarrollo del envejecimiento saludable

Las Instituciones y entidades sociales son fundamentales para el desarrollo de un envejecimiento saludable.

El acompañamiento y los cuidados individuales y colectivos son imprescindibles, y son las entidades sociales e instituciones expertas las que mejor conocen las necesidades y soluciones a los problemas o retos existentes.

El Pacte Nacional de Salut Mental de Catalunya (PNSM)<sup>1</sup> se acoge a las directrices y referencias que propone la OMS para promover un envejecimiento saludable. Los cuatro objetivos que persigue son los siguientes:

1. Un liderazgo y gobierno coordinado y efectivo para que las acciones que se creen tengan un enfoque holístico y comunitario.
2. Garantizar los derechos de las personas mayores y los recursos sociales y sanitarios de manera integral como factor imprescindible para poder atender mejor sus necesidades.
3. Implementar estrategias para la prevención y promoción de la salud mental.
4. Compartir los sistemas de información y la evidencia necesaria.

<sup>1</sup>[https://presidencia.gencat.cat/es/ambits\\_d\\_actuacio/pacte-nacional-de-salut-mental/](https://presidencia.gencat.cat/es/ambits_d_actuacio/pacte-nacional-de-salut-mental/)

## Medidas específicas propuestas por el Pacte Nacional de Salut Mental de Catalunya

El PNSM recientemente ha constituido un grupo de trabajo comprometido con alcanzar la excelencia en la atención a la salud mental de las personas mayores. Para ello, propone una serie de medidas específicas que permitan trazar las líneas a seguir:

1. Profundizar en el trabajo de detección de necesidades basado en la inmediatez y la proximidad.
2. Implementar programas intergeneracionales que supongan un *win-win* para los implicados en las iniciativas.
3. Fomentar los entornos sociales amables.
4. Trabajar desde la mirada pluricultural e intercultural, incluyendo las diferentes orientaciones sexuales, así como los diferentes modelos de familia.
5. Enfatizar la importancia de la intervención sobre las personas en el umbral de la pobreza.
6. Dar mayor protagonismo a la Atención Primaria, tanto sanitaria como social, puesto que son los recursos con contacto de proximidad.
7. Considerar como indispensable integrar y ordenar las iniciativas del tercer sector en las instituciones de la administración.
8. Evaluar las experiencias de los programas creados a partir de las iniciativas profesionales, de entidades y otras instituciones.
9. No generar nuevos recursos específicos, sino dar la atención a la persona en función de sus necesidades.
10. Facilitar la flexibilidad de los profesionales a la hora de asumir tareas y responsabilidades.

## Conclusiones

En resumen, el envejecimiento saludable es un proceso multidimensional que requiere atención a múltiples factores, incluyendo la nutrición, el ejercicio, la salud mental, el cuidado médico y la prevención de enfermedades crónicas.

Al promover un envejecimiento saludable, podemos ayudar a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y reducir la carga de enfermedades crónicas en la sociedad.

## Referencias bibliográficas:

1. Donati Zeppa, S., Agostini, D., Ferrini, F., Gervasi, M., Barbieri, E., Bartolacci, A., Piccoli, G., Saltarelli, R., Sestili, P., & Stocchi, V. (2023). Interventions on Gut Microbiota for Healthy Aging. *Cells*, 12(1), 34. <https://doi.org/10.3390/cells12010034>
2. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland.
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Healthy aging*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/aging/index.html>
4. National Institute on Aging. (2017). *Healthy aging: Principles and strategies*. Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/healthy-aging-princip>
5. Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1215-1223. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
6. Andreo-López, M. C., Contreras-Bolívar, V., Muñoz-Torres, M., García-Fontana, B., & García-Fontana, C. (2023). Influence of the Mediterranean Diet on Healthy Aging. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(5), 4491. <https://doi.org/10.3390/ijms24054491>
7. Dao, T., Green, A. E., Kim, Y. A., Bae, S. J., Ha, K. T., Gariani, K., Lee, M. R., Menzies, K. J., & Ryu, D. (2020). Sarcopenia and muscle aging: A brief overview. *Endocrinology and Metabolism*, 35(4), 716-732. <https://doi.org/10.3803/ENM.2020.405>
8. Beaudart, C., Dawson, A., Shaw, S. C., Harvey, N. C., Kanis, J. A., Binkley, N., Reginster, J. Y., Chapurlat, R., Chan, D. C., Bruyère, O., Rizzoli, R., Cooper, C., Dennison, E. M., Adib, G., Brandi, M. L., Chevalley, T., Clark, P., Dawson-Hughes, B., El Maghraoui, A., ... Veronese, N. (2017). Nutrition and physical activity in the prevention and treatment of sarcopenia: systematic review. *Osteoporosis International*, 28(6), 1817-1833. <https://doi.org/10.1007/s00198-017-3980-9>
9. Anthony D. Ong, Bert N. Uchino, Elaine Wethington; Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology* 16 June 2016; 62 (4): 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:  
**brains@clustersalutmental.com**  
Para contactar directamente con el autor:  
**Jorge Cuevas-Esteban**  
**jcuevasesteban.germanstrias@gencat.cat**



# El nuevo paradigma social y los modelos de atención en salud mental a las personas mayores

## Montse Camprubí

Directora de la Residència Mutuam Manresa y de la Llar Residència para personas con problemas de Salud Mental La Sardana del Grupo Mutuam



Actualmente nos encontramos ante un cambio de paradigma social, fruto de la mayor longevidad propiciada por los exitosos adelantos de la ciencia y el consecuente envejecimiento de la población, en el cual la atención en salud mental ya no se centra en el control de síntomas o la rehabilitación psiquiátrica, sino en el desarrollo de una vida satisfactoria teniendo en cuenta los valores y las preferencias de las personas, velando por sus derechos y su empoderamiento. Hay, por lo tanto, un cambio en el centro de atención: cuando antes era lo patológico, ahora es la persona.

En este sentido, el Pla Director de Salut Mental i Addiccions 2017-2020 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ya apostaba para dar un impulso a la atención en salud mental, con más relevancia a la promoción de la salud y la prevención, ofreciendo

una atención de base comunitaria y priorizando la recuperación de la persona y el empoderamiento del movimiento en primera persona, entre otros factores. Actualmente, la atención a la salud mental y las adicciones es una prioridad en las políticas de salud en Cataluña.

Sin embargo, si bien los nuevos planes de salud coinciden en apostar por la inserción social y están enfocados en la persona, en su mayoría van dirigidos a los jóvenes. Las personas mayores quedan relegadas en cuanto a la atención de sus necesidades.

### Un cambio de paradigma social

Nadie duda de que hay un cambio de paradigma social: las personas viven más años y la población envejece. Pero las políticas sociales parecen reticentes al

cambio. El modelo usado sigue siendo el mismo (o muy similar) al que hace un tiempo atrás funcionaba para un paradigma con una población más joven y con menos esperanza de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud, entre 2015 y 2050 el porcentaje de personas de más de 60 años se duplicará, pasará de representar el 12% al 22% de la población<sup>1</sup>. Cifras que evidencian que el ritmo de envejecimiento es mucho más rápido que en el pasado. Y el aumento de la esperanza de vida ha provocado, en los últimos años, que se haya estudiado mucho el colectivo de las personas mayores, sobre todo en temas relacionados con el envejecimiento saludable.

Desde el punto de vista de la salud mental, las personas mayores son un grupo de riesgo, ya que es frecuente que sufran trastornos depresivos, ansiedad o trastornos delirantes. Estas son algunas de las patologías propias del envejecimiento, pero también se ha de tener en cuenta que muchas de las personas que envejecen ya tenían algún tipo de trastorno en su edad adulta. En la actualidad, los enfermos con esquizofrenia son un grupo más numeroso dentro del colectivo de personas mayores con una enfermedad mental, y se calcula que aumentará en los próximos años<sup>2</sup>.



Foto de Hunt Han en Unsplash.

Las personas mayores con enfermedad mental tienen unas necesidades específicas y diferentes que la población joven y que las personas mayores sin enfermedades mentales, lo cual implica que las intervenciones necesarias también tienen que ser diferentes. Se trata de personas que ya llegan a su vejez con un deterioro de las capacidades cognitivas y emocionales, además de problemas físicos y de salud a consecuencia del estilo de vida que muchas veces les imponía su enfermedad mental.

El nuevo modelo de salud mental y adicciones tiene como eje principal la intervención comunitaria y su objetivo es mejorar el estado de salud y favorecer la recuperación con una participación más activa de las familias y del movimiento en primera persona. Para las personas mayores, con una enfermedad mental o no, es muy importante poder vivir en su domicilio el máximo de tiempo posible, y en este sentido el modelo de atención centrada en el paciente constituye un punto clave dentro de este nuevo marco de atención. Si las actuaciones que se realicen son generalistas y no adecuadas a cada persona, se dejará de atender con calidad a un colectivo actualmente muy desfavorecido.

Por otro lado, también se ha de tener en cuenta que muchas de las personas mayores necesitarán un recurso residencial, y este tipo de recursos actualmente no están especializados en enfermedades mentales.

Otro punto a tener en cuenta es la capacitación y formación de todas las personas que han de atender a este colectivo. Una buena atención en salud mental no solo depende de la cantidad de recursos que se tenga, ni de un buen modelo de atención, sino también, sobre todo, de su calidad. Los equipos profesionales han de poder dar respuesta a la complejidad de las personas.

### **Hacia nuevos modelos de atención a las personas mayores con problemas de salud mental**

Hoy en día no hay muchos modelos de atención específicos en salud mental para personas mayores. Se han hecho pruebas piloto de residencias para personas con enfermedad mental en Cataluña, como el proyecto Surya de la asociación AGAM<sup>3</sup>, y en el País Vasco, donde son pioneros en la atención centrada en la persona y también existen algunos recursos de este tipo. En otros países, en cambio, tienen muy desarrollada la atención domiciliaria, mediante la cual se también se atiende a este perfil de usuarios.

En atención domiciliaria es muy importante la colaboración entre los servicios que atienden a la persona (atención primaria, CSMA...) y los diferentes profesionales. Para poder dar la mejor atención a este colectivo es necesario tener bien identificadas a las personas mayores con patología mental en su domicilio y detectar a todas aquellas que sufren una soledad no deseada para dar una buena atención y realizar su seguimiento en prevención de la cronicidad.

Para el momento en que la persona con enfermedad mental ya no pueda permanecer en su domicilio, el nuevo modelo ha de contar con recursos residenciales idóneos para su atención, como pueden ser unidades de convivencia que podrían estar dentro de las mismas residencias de personas mayores y donde se garantice una atención individualizada y personalizada.

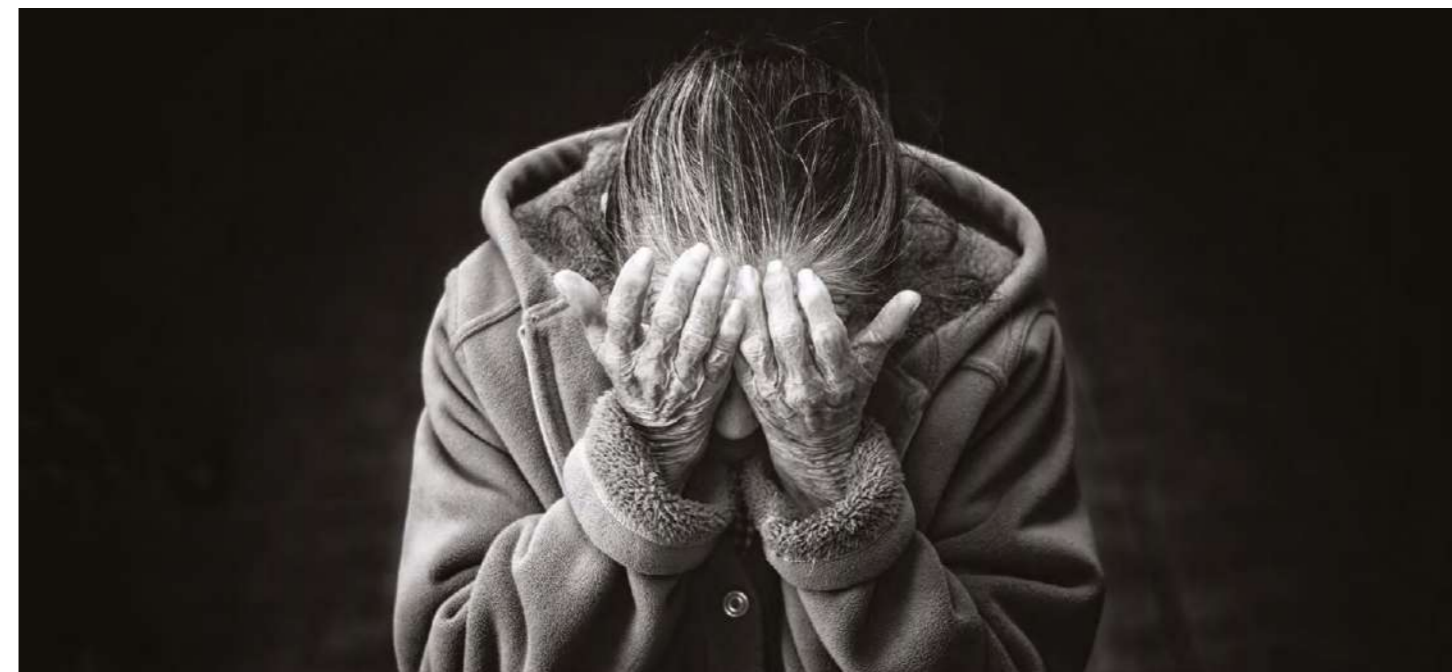


Foto de Danie Franco en Unsplash.

### **Modelos actuales**

En la configuración de la actual cartera de servicios se detectan una serie de necesidades que ahora se están cubriendo desde diversos recursos no adecuados a las necesidades de la población, en concreto a las personas mayores con enfermedad mental.

Hoy en día, las personas mayores con enfermedad mental no cuentan con recursos específicos para ellas: o están en residencias de personas mayores o bien siguen en centros como los hogares residencia para personas con problemática social derivada de la enfermedad mental que son específicos para menores de 65 años. Por ello, se considera que hay

la necesidad de crear nuevos modelos de atención que den respuesta a las necesidades de las personas mayores con enfermedad mental. Hay que tener presente que la mayoría de las enfermedades mentales en algún momento pueden ser muy disruptivas: esquizofrenias, trastornos de conducta...

Como anteriormente se ha citado, las personas con enfermedad mental presentan unas características diferentes a la población general. Se debe tener en cuenta que estas personas tienen un envejecimiento prematuro, padecen problemas físicos y de salud como consecuencia del estilo de vida que la enfermedad mental les ha impuesto, suelen presentar un deterioro cognitivo que hace que en muchas ocasiones provoquen problemas de convivencia con el resto de usuarios... Es por eso que se debería dar respuesta a estas particularidades con la definición de un modelo más adecuado a ellas.

Muchos profesionales ya han empezado a definir las necesidades de esta población y a adecuar la atención a estas necesidades, tanto en residencias de personas mayores como en los hogares residencias con unidades de convivencia específicas para este colectivo, como en el mencionado caso de AGAM.

También es importante señalar la falta de especialización de los profesionales, cuando es necesaria una especialización en términos de salud mental. En muchos de los servicios se encuentran auxiliares de geriatría o de enfermería, pero no de psiquiatría, una problemática que también se observa en otras áreas de la medicina, donde muy pocos servicios cuentan con psiquiatra.



## Políticas sociales

Lo más importante y alentador es que en la actualidad se está apostando mucho por la salud mental, y es necesario que esta apuesta sea para todos los colectivos y edades. De hecho, en la cartera de servicios del Departamento de Derechos Sociales ya está definida la residencia para personas con enfermedad mental y en el Plan Estratégico de Servicios Sociales 2021-2025<sup>4</sup> también se apuesta por dar una respuesta integrada a problemas sociales complejos, considerando que, entre otros puntos, se ha de elaborar un modelo catalán para las residencias para personas con discapacidad y personas con trastornos mentales. Falta, pues, desarrollar y poner en marcha estas iniciativas.

Países como Dinamarca, por ejemplo, disponen de unas políticas comunitarias que suponen un ahorro en recursos residenciales muy significativo, con equipos técnicos de enfermería, fisioterapia, etc. que valoran domiciliariamente las necesidades de los mayores y les ofrecen soluciones en el mismo domicilio. Unas políticas que apuestan por la prevención.

## A propósito de un caso: la Llar Residència para personas con problemas de Salud Mental La Sardana del Grupo Mutuam

Algunas iniciativas, como es el caso de servicios de Llar Residència que cubren el rango de edad de 18 a 65 años y que continúan atendiendo a las personas una vez cumplen los 65 años si no son dependientes, enmascaran el problema de falta de servicios además de impedir que otras personas dentro del rango de edad del servicio puedan acceder a tener plaza.

Por otra parte, cabe tener presente que se ha de personalizar la atención a las personas mayores con enfermedades mentales, y en este sentido las unidades de convivencia son una gran opción. No tiene sentido que en una residencia de personas mayores se mezclen personas con y sin patología mental. Por un lado, hoy en día aún hay un estigma, y mucho más en el caso de las personas mayores, que perturba o impide la convivencia. Por otro, se debe prestar la debida atención a cada persona. Así, por ejemplo, es necesario diferenciar entre una persona que pierde la memoria por enfermedad de Alzheimer y otra con un deterioro cognitivo que puede implicar alteraciones de la memoria a consecuencia de otro trastorno mental.

En Mutuam se han creado diferentes unidades de convivencia distribuidas por grados de autonomía. Estas uni-

dades trabajan exclusivamente según las particularidades de los grupos.

A diferencia de los servicios para personas jóvenes con enfermedad mental, en los que la atención se focaliza en la reinserción psicosocial para procurar que puedan hacer vida normal y autónoma, el destinado a personas mayores con enfermedad mental se enfoca en el mantenimiento de su autonomía mientras puedan y en saber detectar una posible descompensación psiquiátrica. En este caso, la formación de los profesionales resulta clave para saber cómo tratar a una persona con enfermedad mental propia del envejecimiento o del tratamiento de la enfermedad mental en sí misma.

## Conclusión

Es muy importante que el Departamento de Derechos Sociales apueste por la salud mental, pero ello debe hacerse teniendo en cuenta las preferencias y necesidades de la persona mayor con enfermedad mental. Los nuevos modelos tendrían que ser en la línea de:

- Atención domiciliar especializada y coordinada con el centro de salud mental de referencia.
- Unidades de convivencia dentro de las residencias de personas mayores.
- Residencias especializadas para personas mayores con trastorno mental.

## Bibliografía:

- 1 Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- 2 Palma Sevillano, C., Farriols Hernando, N., Torres, C., Fernández, M., Alonso, I., Gregorio, M., Palacios, A., Salvador, A., Frías, A. i Cañete, J. (2012). L'envelliment en persones amb trastorn mental sever. *Aloma, revista de psicologia, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, 30(1), 87-95, <https://raco.cat/index.php/Aloma/article/view/257070>.
- 3 AGAM. (2021) Memoria 2021. <https://associacioagam.org/wp-content/uploads/2022/11/Memoria-AGAM-2021-castellano-1.pdf>
- 4 Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2021). Pla de Salut de Catalunya 2021-2025. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7948>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:  
**brains@clustersalutmental.com**

Para contactar directamente con el autor:  
**Montse Camprubí - mcamprubi@mutuam.com**

# El enemigo invisible del bienestar ambiental



**Marta S. Bret**  
Clúster Manager  
WeMind Cluster



**Andrea Galván Graf**  
Corporate Communications  
WeMind Cluster

La “calidad del aire” o “ambiente interior” (CAI, en inglés “indoor air quality” [IAQ]) es un término que ha ido adquiriendo cada vez más relevancia, pues valora el grado de salubridad o toxicidad del aire en el interior de un edificio y su alto impacto en la salud de las personas, tanto física como mental<sup>1</sup>.

La actual exposición a la contaminación atmosférica se ha identificado como el mayor factor de riesgo medioambiental para la salud humana<sup>2</sup>, ya que estamos permanentemente expuestos a niveles que aumentan el riesgo de padecer afecciones graves como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, neumonía o cáncer<sup>3</sup>. También está estrechamente vinculada a enfermedades o trastornos de la salud mental (estrés, ansiedad, ataques de pánico, depresión, entre otras afecciones)<sup>4</sup>.

En la década de 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al conjunto de enfermedades originadas o estimuladas por la contaminación del aire interior como “síndrome del edificio enfermo”<sup>5</sup>, considerándolo como “un conjunto de patologías y enfermedades originadas por la contaminación del

aire en los espacios cerrados, que se está convirtiendo en un creciente riesgo para la salud de la sociedad”<sup>6</sup>.

En general, se estima que permanecemos en espacios cerrados el 90% de nuestro tiempo: en nuestras viviendas, oficinas, escuelas u hospitales<sup>7</sup>. La CAI desempeña, por tanto, un papel fundamental en nuestras vidas, y es por este motivo que la arquitectura y el diseño devienen en factores claves para nuestra salud, más aún para los colectivos y generaciones más vulnerables.

## AIRTOPIA, unión de diseño y tecnología para mejorar la calidad del aire interior

La CAI es uno de los principales objetivos estipulados en distintos planes y regulaciones gubernamentales, nacionales e internacionales<sup>8</sup>.

En España, el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente, del Ministerio de Sanidad y el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, tiene como misión proteger la salud de la población frente a los efectos adversos para la salud derivados de una mala calidad ambiental interior<sup>9</sup>.

El proyecto AIRTOPIA surge con el objetivo de diseñar y desarrollar un sistema capaz de reducir la exposición de la población a contaminantes en el interior de los edificios, disminuyendo los riesgos para la salud física y emocional, a la vez que se garantiza el confort y se optimizan los recursos energéticos necesarios.

Asimismo, AIRTOPIA pretende abordar el cambio de paradigma que provoca la digitalización en la industria y empoderar al usuario (mediante el acceso a la información), situándolo en el centro de su actividad.

Con este fin, seis entidades representativas de los sectores de la salud, la tecnología, la arquitectura y el diseño unieron fuerzas para impulsar y dar forma a la iniciativa. El consorcio, liderado por Barcelona Centre de Disseny, contó con la participación de WeMind Cluster (antes Clúster Salut Mental Catalunya), el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona (HSJD), Domestic Data Streamers, Elisava Barcelona y ÀNIMA Design.

El proyecto AIRTOPIA surge con el objetivo de diseñar y desarrollar un sistema capaz de reducir la exposición de la población a contaminantes en el interior de los edificios, disminuyendo los riesgos para la salud física y emocional, a la vez que se garantiza el confort y se optimizan los recursos energéticos necesarios.

### Los espacios que respiramos

Una buena calidad del ambiente en el interior de los edificios promueve la salud de las personas a nivel físico y psicológico, así como su confort y bienestar<sup>10</sup>, a la vez que tiene un evidente impacto positivo en el medio ambiente.

Con el diseño, las tecnologías y los sistemas adecuados podemos controlar la contaminación interior al mismo tiempo que fomentamos la eficiencia energética del edificio y minimizamos su huella ecológica, optimizando los sistemas de climatización y ventilación y creando un equilibrio entre flujos de aire, condiciones de confort, salubridad y consumo energético.

AIRTOPIA, se plantea, pues, como una solución que permite balancear este trinomio de intereses cruzados en los espacios arquitectónicos, optimizándolos conjuntamente desde una visión global y mediante la digitalización y la tecnología como servicios transversales.



Fuente: elaboración propia

Para ello, se prototiparon e instalaron varios dispositivos en distintas zonas del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) que sirvieron para monitorizar los datos y compararlos entre sí. Una vez comprobado el correcto funcionamiento de los dispositivos, así como de las herramientas digitales utilizadas, se realizó un análisis mediante entrevistas, actividades y focus groups con pacientes y personal sanitario del hospital. Esto permitió recoger aspectos y percepciones sobre la calidad del aire del edificio, entendiendo la pluralidad de perfiles de usos y situaciones diversas, y contrastar con información proporcionada por los propios profesionales del centro mediante la realización de consultorías.

Los aspectos técnicos y digitales del proyecto corrieron a cargo de Domestic Data Streamers. Marc Conangla, product designer de la empresa, aseguró que “los datos son imprescindibles a la hora de visibilizar la contaminación en el interior de los edificios. A diferencia de la contaminación atmosférica, esta no está regulada por ley y nos afecta especialmente.”

### Metodología en 10 fases:

1. Gestión y coordinación del proyecto: control de las entregas y el seguimiento a lo largo de la ejecución del mismo.
2. Metodología y operaciones preliminares: definición de los parámetros y requerimientos mínimos para medir la calidad del aire interior basado en criterios de salud de las personas.
3. Modelización del edificio y de las actividades humanas: análisis y diagnóstico del estado actual de las diversas tipologías de espacios del HSJD, así como sus características funcionales de uso.
4. Sistema de recolección, gestión y visualización de datos: diseño y creación de una plataforma para la ingestión, el procesado y la visualización de los datos recogidos por parte del sistema de medición.
5. Diseño y prototipado del producto: utillaje para la medición de la contaminación interior y pro-

totipado funcional en el que poder integrar el sistema electrónico.

6. Análisis y validación: implementación del prototipo (fase 5) en un ambiente real.
7. Sistema de optimización de climatización: implementación de protocolos para la actuación de los sistemas de ventilación del HSJD en base a los datos recogidos por los dispositivos de monitorización y analizados por la plataforma digital.
8. Evaluación de resultados y documentación final: evaluación del impacto de la solución y realización de informes sobre los datos obtenidos.
9. Prospección para realizar la viabilidad comercial: prospección para el acercamiento de la solución al mercado e identificación de organizaciones con potencial interés.
10. Divulgación, diseminación y visibilidad del proyecto y sus resultados: publicaciones periódicas en diferentes plataformas de comunicación.

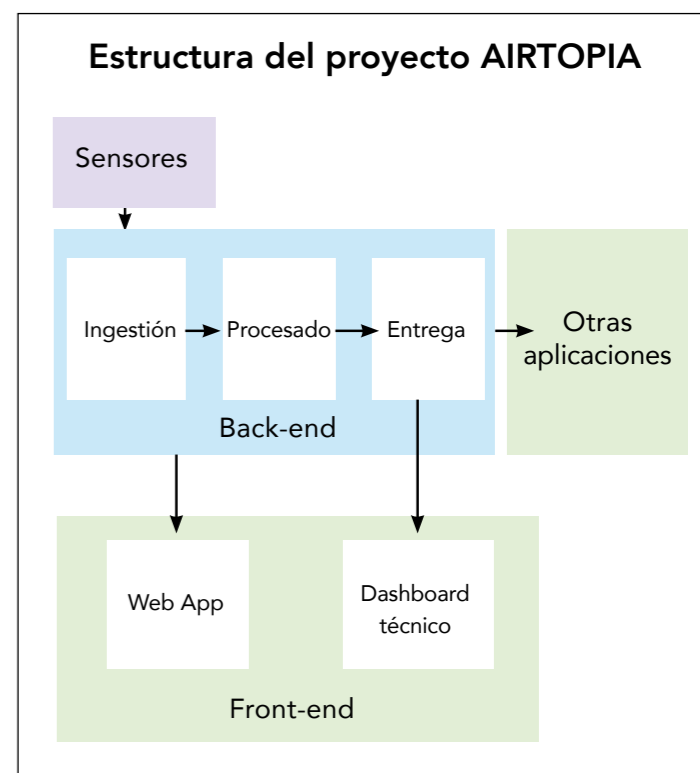
### Resultados

AIRTOPIA permitió realizar un diagnóstico exhaustivo sobre la influencia de los materiales y los espacios en la calidad del ambiente interior de los edificios, determinando sus principales causas y afectaciones.

Como ejemplo, se determinó que la temperatura interior media en todo el hospital es 5 °C más alta que la temperatura de confort recomendada. En estas circunstancias, la composición de algunos de los materiales que forman parte del mobiliario (maderas de base conglomerada con recubrimiento melamínico) pueden llegar a despedir al medio sus componentes más volátiles. Las mediciones cuantitativas de algunos de los parámetros ambientales indican que después de la limpieza empeoran casi todos los indicadores, especialmente las partículas en suspensión (PM) y los volátiles.

Respecto a las habitaciones, donde la ocupación es variable pero siempre es completa, el hecho de no poder abrir las ventanas y mantener las puertas cerradas para preservar la intimidad compromete claramente la calidad del aire. Este hecho se verifica con los datos objetivos del entorno, así como con medidas de apreciación cualitativa de los usuarios. En las habitaciones renovadas, con mobiliario de naturaleza ecológica y mayor

índice de ventilación, la experiencia de bienestar mejora. Las limpiezas frecuentes, aunque son necesarias, empeoran la calidad del ambiente por emisión de compuestos volátiles al medio.



Fuente: elaboración propia





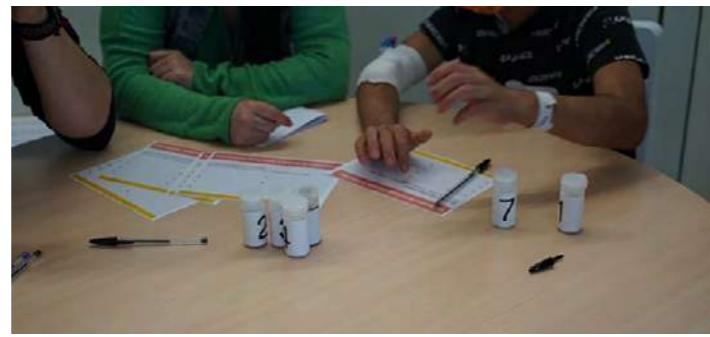
Sesión con pacientes del Hospital Sant Joan de Déu.

Otro análisis funcional en sala de espera y más concretamente en las zonas de configuración flexible de mobiliario, más cerca de las ventanas, corresponde al formaldehído (proveniente de los recubrimientos), que se concentra y coincide con la zona en la que el sol incide en los materiales del mobiliario. Asimismo, esta zona es la de mayor ocupación por las mañanas, cuando se realizan consultas públicas, por lo que la concentración de CO<sub>2</sub> aumenta de manera considerable. Por la tarde, las consultas privadas tienen menos incidencia de público.

Mediante la colaboración multidisciplinar, AIRTOPIA ha permitido contribuir a la realización de propuestas de mejora del aire de los espacios de estudio, mejorando indirectamente también de forma significativa la salud de los usuarios de dichos espacios.

La contaminación interior es un problema que no podemos pasar por alto. No olvidemos que la calidad del aire en espacios cerrados puede tener un impacto directo en nuestra salud y bienestar. Y más allá de concienciar sobre las medidas existentes para reducir la exposición a la contaminación interior (mejorar la ventilación, controlar la humedad, elegir productos menos agresivos...), también debemos ser capaces de contribuir a acelerar la transición hacia la neutralidad climática, la eficiencia energética y el uso sostenible de los recursos.

Una forma de impulsar esta transición verde es diseñando sistemas que sean capaces de optimizar la eficiencia energética de los edificios, asegurando el confort de sus ocupantes y minimizando los factores que puedan suponer un riesgo para su salud.



## Referencias bibliográficas

1. Jones, A. P. (1999). Indoor air quality and health. *Atmospheric environment*, 33(28), 4535-4564.
2. WHO. 2016 Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
3. Hassan Bhat, T., Jiawen, G., & Farzaneh, H. (2021). Air pollution health risk assessment (AP-HRA), principles and applications. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4), 1935.
4. Taylor, William L. (2020). The Connection between Indoor Air Quality and Mental Health Outcomes Theses and Dissertations. 3259.
5. "Sick Building Syndrome" (PDF). World Health Organization. n.d.
6. El síndrome del edificio enfermo. (2008). Disponible en: <https://www.ecologistasenaccion.org/17875/el-sindrome-del-edificio-enfermo/#:~:text=Se%20conoce%20como%20s%C3%ADndrome%20del,materiales%20sint%C3%A9ticos%20o%20la%20electricidad>
7. Mannan, M., & Al-Ghamdi, S. G. (2021). Indoor air quality in buildings: a comprehensive review on the factors influencing air pollution in residential and commercial structure. *Int J Environ Res Public Health*, 18(6), 3276.
8. Indoor Air Quality. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/scientific\\_committees/opinions\\_layman/en/indoor-air-pollution/index.htm](https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/opinions_layman/en/indoor-air-pollution/index.htm)
9. Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente (2022-2026). Ministerio de Sanidad y Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pesma/docs/241121\\_PESMA.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pesma/docs/241121_PESMA.pdf)
10. Saini, J., Dutta, M., & Marques, G. (2020). A comprehensive review on indoor air quality monitoring systems for enhanced public health. *Sustainable Environment Research*, 30(1), 1-12.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:  
**brains@wemindcluster.com**

Para contactar directamente con las autoras:  
**Marta Sánchez Bret - [marta.sbret@wemindcluster.com](mailto:marta.sbret@wemindcluster.com)**  
**Andrea Galván Graf - [andrea.ggraf@wemindcluster.com](mailto:andrea.ggraf@wemindcluster.com)**



**DANDELION**  
CONTENTS