

Envejecimiento activo y enfermedad mental grave: desafíos y oportunidades socioeducativas

Active ageing and severe mental illness: socio-educational challenges and opportunities

Luis Rodríguez Sanz*, Ángel De-Juanas Oliva**, María Ángeles Porta Antón***

* Fundación San Martín de Porres

**Universidad Nacional de Educación a Distancia.

***Centro Asociado a la UNED en Madrid

Resumen:

Las personas diagnosticadas con trastorno mental grave, al llegar a la vejez, se enfrentan a los cambios propios de la edad que se suman a los derivados de enfermedad. Este estudio analiza el testimonio de profesionales en dispositivos de rehabilitación psicosocial sobre el envejecimiento activo y la intervención socioeducativa para personas mayores con trastorno mental grave. Se exploraron las oportunidades y dificultades para la mejora del acceso a actividades que promueven el envejecimiento activo en este colectivo. El estudio utilizó un cuestionario abierto para recoger las valoraciones de 21 profesionales de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Para el análisis de resultados se utilizó el software de análisis cualitativo MAXQDA. Los resultados evidenciaron las necesidades de las personas con trastorno mental grave durante el envejecimiento. En cuanto a las respuestas de las y los profesionales en relación con el envejecimiento activo se constató que la mayoría de los participantes están alineados con este enfoque. Se concluye en la necesidad de plantear propuestas de intervención socioeducativa individualizadas orientadas a la mejora de la calidad de la atención proporcionada a estas personas.

Palabras clave: enfermedad mental, envejecimiento activo, dispositivos de rehabilitación psicosocial, calidad de vida, atención socioeducativa.

Abstract:

People diagnosed with severe mental illness, upon reaching old age, face the changes inherent to aging, which are compounded by those derived from their illness. This study analyzes the testimonies of professionals in psychosocial rehabilitation facilities regarding active aging and socio-educational intervention for older adults with severe mental illness. The opportunities and challenges for improving access to activities that promote active aging in this group

were explored. The study used an open-ended questionnaire to gather the assessments of 21 professionals from the Mental Health Network of the Community of Madrid.

MAXQDA qualitative analysis software was used for result analysis. The results highlighted the needs of people with severe mental illness during aging. Regarding the responses of the professionals related to active aging, it was found that most participants are aligned with this approach. The study concludes that there is a need to propose individualized socio-educational interventions aimed at improving the quality of care provided to these individuals.

Keywords: mental illness, active aging, psychosocial rehabilitation facilities, quality of life, socio-educational care aging, care network, psychosocial rehabilitation devices, quality of life, socio-educational care.

Article info:

Received: 6/11/23

Accepted: 23/12/23

DOI: <https://doi.org/10.5944/comunitania.27.5>

1. Introducción

Las personas diagnosticadas con enfermedad mental grave en la juventud, al alcanzar la edad adulta, se enfrentan a necesidades socioeducativas distintas a las del resto de la población general y, a menudo, experimentan un deterioro en sus hábitos cotidianos, en sus redes sociales y, sobre todo, en su estado de salud (Bucy et al., 2022). A medida que envejecen, también deben enfrentarse a los cambios inherentes a la edad, así como adaptarse a modificaciones en su proceso de rehabilitación. Estudios como el de Degnan et al. (2021), revelan una relación significativa entre el estigma social y la calidad de vida subjetiva en personas con psicosis. Este estigma puede traducirse en dificultades para acceder a oportunidades de envejecimiento activo, limitando su participación en actividades sociales, educativas y culturales. Además, las desigualdades sociales son un factor determinante en el proceso de envejecimiento. Por su parte, Pavlova et al. (2023a) señalan que las condiciones de la infancia, los indicadores socioeconómicos y sociodemográficos (ingresos, educación, género, raza, etc.), así como la salud pueden predecir la capacidad de las personas para envejecer activamente.

Las expectativas sobre el envejecimiento, especialmente aquellas que provienen del entorno inmediato de las personas, pueden ser un factor importante para superar estas desigualdades. Pavlova et al. (2023b.) encontraron que las expectativas positivas sobre el envejecimiento activo se asocian con una mayor participación en actividades físicas, sociales y cognitivas.

En los últimos años, el concepto de envejecimiento activo ha ganado relevancia como respuesta a los desafíos y oportunidades que presenta el envejecimiento de

la población mundial (Ortega y Páez, 2021). En este artículo, consideramos una definición inclusiva y centrada en la persona del envejecimiento activo, basada en el trabajo de Rantanen et al. (2021) por la que definen el envejecimiento activo como “el esfuerzo por realizar actividades relacionadas con los objetivos, capacidades funcionales y oportunidades de una persona” (p.61). Esta definición destaca tres elementos clave, a saber: 1) *esfuerzo*: el envejecimiento activo no se trata simplemente de estar activo, sino de realizar un esfuerzo consciente para participar en actividades que sean significativas y relevantes para la persona; 2) *objetivos*: las actividades que contribuyen al envejecimiento activo deben estar alineadas con los objetivos personales de la persona, lo que puede variar considerablemente entre individuos; y 3) *capacidades funcionales*: la capacidad de participar en actividades de envejecimiento activo está limitada por las capacidades físicas, cognitivas y sociales de la persona.

Una de las cuestiones de gran relevancia al abordar el tema de las personas mayores que padecen enfermedades mentales graves es la consideración de su esperanza de vida. Existen datos que apuntan a una significativa reducción en la esperanza de vida de este colectivo. Así, se estima que en pacientes con esquizofrenia, la esperanza de vida se ve reducida en un promedio de entre 20 a 25 años en comparación con individuos no afectados (Correll et al., 2022). Según datos de la OMS recogidos por Del Rocio et al. (2021) en 2016, más del 20% de los adultos mayores padece algún trastorno mental o neurológico. Las proyecciones indican que la prevalencia de enfermedades mentales en adultos mayores seguirá aumentando en las próximas décadas, debido a factores como el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y los cambios en los estilos de vida.

Esto resalta la necesidad de movilizar intervenciones socioeducativas dirigidas a promover el envejecimiento activo en las personas con enfermedad mental. Más aún, cuando los dispositivos de rehabilitación psicosocial que han servido como referencia en el estudio de este artículo, establecen un límite de edad de 65 años. Esto implica que estas personas se ven obligadas a abandonar los recursos que les brindaban apoyo educativo, psicológico y social una vez alcanzan esta edad.

En otro orden, los pacientes de edad avanzada con enfermedades mentales a menudo se enfrentan a desafíos adicionales debido a la falta de servicios adecuados y especializados; así como a la falta de respuestas a sus necesidades específicas propias del envejecimiento y su enfermedad mental por parte de las instituciones gubernamentales, políticas y profesionales (Lai et al., 2020). Esto puede desembocar en un apoyo inadecuado, insuficiente e inapropiado para estas personas, lo que puede afectar su calidad de vida y bienestar. Al respecto, es prioritario abordar las necesidades específicas de las personas mayores con enfermedades mentales, tal y como reconoce el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a propuesta del Ministerio de Sanidad en el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 (2022).

Para promocionar la salud mental, la Organización Mundial de la Salud, recomendó acciones favorables a la creación de entornos y condiciones de vida que propicien la

buena salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. (OMS, 2013). De modo que la promoción del envejecimiento activo y de la salud mental, en principio recorren líneas similares. Además, una de las propuestas de la OMS (2015) consiste en “(...) *desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, accesible, de gran calidad y respetuosa con la edad, que trate las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que van envejeciendo*” (p. 5). Por consiguiente, se debe garantizar una continuidad en la labor que se lleva a cabo mediante la red de atención para personas que padecen enfermedades mentales, con el objetivo de promover un envejecimiento activo. Tal como se mencionó previamente, los recursos de esta red están diseñados para personas en el rango de edad comprendido entre los 18 a 65 años, lo que implica que no se han incorporado explícitamente contenidos ni recursos especializados en el ámbito del envejecimiento activo. No obstante, es importante destacar que, de forma implícita, la descripción de la red de atención ofrece elementos compatibles con este enfoque.

En otras palabras, aunque los recursos no estén específicamente adaptados para la población mayor de 65 años con enfermedades mentales graves, existen aspectos en la estructura y enfoque de la red que podrían ser adaptados para fomentar el envejecimiento activo de este grupo, entre estos aspectos están la flexibilidad, el enfoque centrado en la persona y la atención integral (Ruiz-Clavijo, 2020). La red ya incorpora ciertos elementos que podrían ser ampliados y enriquecidos para atender las necesidades específicas de las personas mayores con enfermedades mentales graves, de manera que se promueva un envejecimiento saludable y participativo. Esta adaptación y ampliación de recursos podría contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y la esperanza de vida de este segmento de la población.

En este estudio, se abordó la problemática relacionada con personas que sufren enfermedades mentales duraderas al llegar a los 65 años y que son usuarias de recursos de rehabilitación y por lo tanto en tratamiento psiquiátrico. A pesar de que la esperanza de vida en este grupo tiende a ser más corta en comparación con la población general, el tratamiento farmacológico puede reducir el riesgo de mortalidad, ya que los antipsicóticos son protectores en comparación con la no utilización de antipsicóticos contra muchos tipos de mortalidad, incluyendo la debida a enfermedad cardio-cerebrovascular (Correll et al., 2022.). Además de la reducción en la esperanza de vida, varios factores caracterizan a estas personas (Lai et al., 2020). Uno de los principales factores es la percepción subjetiva de envejecimiento. Al respecto, las personas con problemas de salud mental tienden a percibirse a sí mismas como más mayores y experimentan una menor satisfacción con la vida en comparación con sus pares sin problemas de salud mental (Degnan et al., 2021). Igualmente, otro elemento para tener en cuenta es el impacto en las relaciones familiares. En este sentido, las enfermedades mentales pueden suponer un obstáculo en las relaciones familiares, asimismo las personas con enfermedades mentales tienen menos probabilidades de casarse y tener hijos (Ajnakina et al., 2021), lo que limita el apoyo familiar a medida que envejecen. También, entre los factores a

tener en consideración, encontramos las dificultades para los cuidadores familiares las cuidadoras y los cuidadores familiares pueden experimentar dificultades al abordar las necesidades asociadas con las enfermedades mentales y los cambios relacionados con el envejecimiento.

Otro factor que se debe tener en cuenta es la vulnerabilidad ante la pérdida de seres queridos. Este aspecto pone de relieve que las personas que envejecen con enfermedades mentales pueden ser particularmente vulnerables a la pérdida de seres queridos debido al limitado apoyo social y al aislamiento social asociado con el envejecimiento y las enfermedades mentales. A su vez, se debe considerar una mayor probabilidad de residir en recursos residenciales de larga estancia. En este sentido, la pérdida de redes de apoyo natural debido al envejecimiento puede llevar a que las personas mayores con enfermedades mentales tengan más probabilidades de vivir en recursos residenciales de larga estancia.

Por último, un factor que tiene un gran impacto en este colectivo es la limitación en recursos y apoyos sociales y económicos, ya que las personas con diagnóstico de enfermedad mental pueden carecer de ellos en la vejez debido a dificultades en las relaciones sociales, la educación y el empleo/ingresos (Lai et al., 2020). Esto se agrava con el aislamiento social, la falta de empleo y de medios económicos, y la dependencia de subsidios que muchas veces son insuficientes (Del Cura y Sandín, 2022). Las tasas de desempleo en este colectivo varían entre el 70% al 90%.

Además de estas problemáticas, se deben considerar las dificultades para lograr y mantener cambios de comportamiento saludable en personas con enfermedades mentales graves; incluyendo la falta de motivación y el estigma asociado a la enfermedad mental. No obstante, se ha observado que intervenciones adaptadas a estas necesidades pueden proporcionar beneficios significativos para mejorar la calidad de vida de este colectivo (Yarborough et al., 2019).

Con todo, en este artículo se presenta un estudio que se llevó a cabo en el contexto de la red de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera. El principal objetivo del estudio fue indagar en el testimonio de las y los profesionales de los dispositivos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid sobre el envejecimiento activo en la intervención socioeducativa que se lleva a cabo con personas mayores con trastorno mental grave. Asimismo, se analizó en qué medida los dispositivos de la red de atención a personas mayores con enfermedad mental promueven el enfoque del envejecimiento activo y la participación social. Finalmente, se ha tratado de recoger oportunidades y propuestas alternativas de intervención socioeducativas encaminadas al fomento del envejecimiento activo en personas con enfermedad mental grave. Estas propuestas deberán abordar aspectos relacionados con la promoción de la autonomía, el bienestar emocional, la participación comunitaria y el acceso recursos y servicios adecuados.

Metodología

Este estudio sigue un enfoque de investigación cualitativo de carácter exploratorio y descriptivo que no pretendió la generalización de los resultados, sino el análisis e interpretación de estos. Este enfoque permite comprender una situación social en su totalidad, teniendo en cuenta sus propiedades y su dinámica (Bernal, 2010). Además, Guzmán (2021) sostiene que el enfoque metodológico cualitativo posee la capacidad de abordar la complejidad de los fenómenos estudiados, permitiendo una comprensión profunda y holística de las experiencias, percepciones y vivencias de las y los participantes. En el caso particular de la investigación sobre la enfermedad mental grave en relación con el envejecimiento activo, este enfoque permite explorar las diversas perspectivas y significados que los participantes otorgan a su experiencia, brindando una comprensión más completa del fenómeno. Asimismo, se aplicaron los principios metodológicos de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967), empleando un enfoque interpretacional. No se partió de hipótesis iniciales ni teorías apriorísticas, siguiendo una lógica inductiva.

Participantes

El proceso de selección de las y los participantes se llevó a cabo por profesionales de dispositivos ubicados en los distritos centrales del municipio de Madrid. La red de atención a personas con enfermedad mental grave en la Comunidad de Madrid está compuesta por varios dispositivos de rehabilitación psicosocial, incluyendo Centros de Día, Equipos de Apoyo Social Comunitarios y Residencias. Estos dispositivos desempeñan un papel crucial en la atención y el apoyo a las personas con enfermedades mentales graves y duraderas. Para este estudio se reclutaron, mediante muestreo incidental, a 21 profesionales (13 mujeres, 62%; 8 hombres, 38%) con una media de edad de 42.38 años y una desviación típica de 8.82. Las y los profesionales consultados tenían formación universitaria (n=19, 90.5%) y formación profesional de grado superior (n=2, 9.5%). Así mismo, por su formación inicial, fueron educadores sociales (n=12; 57,1%), psicólogos (n=6; 28.6%), trabajadores sociales (n=2; 9.5%) y terapeutas ocupacionales (n=1; 4.8%). Cabe destacar que todos los participantes contaban con un promedio de 9 años de experiencia profesional.

Instrumento

Se utilizó un cuestionario de preguntas abiertas diseñado ad hoc. Este cuestionario recogió información sobre la temática del estudio y fue validado mediante el juicio de expertos. Se procedió a validar el cuestionario mediante la técnica del juicio de expertos. Para ello, se contó con la participación de 5 profesionales de la red de

atención a personas con enfermedad mental y 5 investigadores de diferentes universidades madrileñas expertos en envejecimiento activo. Su participación resultó valiosa para aportar juicios y valoraciones necesarias para validar el instrumento (Robles y Rojas, 2015). Como resultado de su aportación, se modificaron, añadieron y suprimieron diferentes preguntas al instrumento definitivo.

El cuestionario permitió explorar en profundidad la intervención socioeducativa que se lleva a cabo con personas con enfermedad mental grave en relación con el envejecimiento activo. Además, se solicitaron datos sociodemográficos sobre los participantes, lo que conformó una descripción detallada de la muestra y sus características.

Procedimiento

Una vez validado el cuestionario, se llevó a cabo su distribución ante el reclutamiento de participantes. En una primera fase, el cuestionario se envió por correo electrónico mediante una lista seleccionada de profesionales. En una segunda fase, se utilizó un formulario en línea de *Google Forms* para facilitar su cumplimentación. Las y los profesionales reclutados, participaron voluntariamente, siendo informados de los objetivos del estudio. Junto con el cuestionario, se adjuntó un formulario de consentimiento informado que aseguraba la preservación del anonimato y la confidencialidad de las y los participantes. Una vez que se aplicaron los cuestionarios, se procedió al análisis de los datos obtenidos utilizando el software *MAXQDA Analytics Pro 2020*. Esta herramienta permitió codificar y organizar la información, así como presentarla de manera visualmente clara. Cada pregunta del cuestionario se analizó individualmente, sistematizando y categorizando las respuestas textuales.

Una vez codificadas las citas en diferentes categorías y subcategorías, se realizó un análisis de confiabilidad mediante el cálculo del coeficiente de Kappa. Se utilizó un software en línea para este propósito, obteniendo un resultado de $k=0.76$. De acuerdo con Landis-Koch (1977), un valor de kappa de 0.61 a 0.80 un acuerdo sustancial.

Además del análisis de contenido de las respuestas, se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos recogido. Algunos de estos datos ya se copiaron automáticamente mediante la aplicación en línea que ofrece *Google Forms*. También, se llevó a cabo un análisis estadístico básico de las variables dicotómicas presentes en las respuestas de las cuestiones planteadas.

Tabla 1 códigos y subcodigos

Código	Subcodigo
<p><i>Conocimiento y aplicación en los recursos del enfoque de envejecimiento activo.</i> Percepción de los profesionales del grado de aplicación del enfoque de envejecimiento activo en su intervención</p>	<p><i>Metodología para abordar el enfoque del envejecimiento activo</i> Este subcódigo recoge los relatos en los que los profesionales refieren los métodos que utilizan los profesionales para favorecer el envejecimiento activo</p>
<p>Preparación para la vejez En este código se agrupan las respuestas que describen como se prepara para la vejez a las personas con enfermedad mental y las alternativas con las que cuentan</p>	<p><i>Mantenimiento y Alternativas en el recurso al llegar a los 65 años</i> Agrupa las respuestas que hablan del mantenimiento en los recursos de personas mayores de 65 años alegando los motivos y las alternativas</p> <p>Adaptación a los programas de mayores por parte de las personas con enfermedad mental Respuestas que refieren factores implicados en la adaptación de las personas con EM a los recursos para personas mayores</p> <p>Dificultades y necesidades de las personas con Enfermedad mental grave al llegar a la vejez Engloba las respuestas que describen las dificultades y necesidades de las personas con EM y si son diferentes o no a las del resto de población</p>
<p>Aspectos del envejecimiento activo que se trabajan en los recursos Respuestas que identifican los diferentes componentes del envejecimiento activo que se trabajan en los recursos</p>	<p>Cuidado de la salud Respuestas que se refieren a las intervenciones en prevención y cuidado de la salud describiendo que aspectos y con que metodología se trabaja</p> <p>Mejora de los estilos de vida. Este subcodigo agrupa las respuestas que describen el trabajo destinado a mejorar las actitudes y conductas de las personas usuarias para favorecer el envejecimiento activo</p> <p>Mejora de las relaciones interpersonales Respuestas que describen la intervención encaminada a la mejora de los vínculos entre personas evitando el aislamiento social</p> <p>Papel que ocupa la familia y el tipo de intervención que se realiza con ella Referencias relacionadas con la manera en que se incluye a la familia en el trabajo rehabilitador</p>
<p>Propuestas de mejora Respuestas que aportan ideas para mejorar la intervención orientándola al envejecimiento activo</p>	

Fuente: Elaboración propia.

5. Resultados

A continuación se presentan los hallazgos relacionados con la valoración de los profesionales sobre:

- la aplicación de perspectivas de envejecimiento activo en su intervención; la metodología para abordar el envejecimiento activo
- los aspectos específicos del envejecimiento activo que se trabajan en los recursos; la preparación de las personas con enfermedad mental para la vejez; la adaptación a programas de mayores
- las dificultades y necesidades de las personas con enfermedad mental al llegar a la vejez.

Además, se exploraron las propuestas de mejora identificadas por los profesionales en este contexto.

Conocimiento y aplicación del enfoque de envejecimiento activo en la intervención socioeducativa

El 95.2% (n=20) de las y los participantes afirmaron que conocían el término de envejecimiento activo. Así, 16 profesionales (76.2%) afirmaron conocer la definición aportando una definición propia. En estas definiciones aportadas, la expresión más frecuente fue la de "*calidad de vida*", incluida en la definición de la OMS entendida como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Otras palabras coincidentes con la definición de la OMS son "*salud*" y "*social*" que aparece en 7 de las definiciones, "*proceso*" que aparece en 6 de los cuestionarios y "*participación*" en 4.

Una de las definiciones aportadas fue: "*Proceso por el cual se garantizan las condiciones de calidad de vida y participación social de las personas durante el envejecimiento.*" (Psicóloga C.21). No obstante, el 14.3% (n=3) de estas respuestas manifestaron algunas expresiones de duda respecto a dicho conocimiento empezando la frase con "*creo...*" o refiriendo pocos conocimientos "*Lo conozco, aunque no tengo conocimientos amplios, solo leves nociones (...)*" (Educatadora Social C.20)'. Debe poner: "*Lo conozco, aunque no tengo conocimientos amplios, solo leves nociones (...)*" (Educatadora Social C.20)''.

Finalmente, solo un participante afirmó no conocer el término de envejecimiento activo.

En otro orden, el 76.2 % (n=16) de las y los participantes refirieron trabajar desde el enfoque de envejecimiento activo con diferentes grados de afirmación dado que el 47.6% (n=10) de las y los profesionales afirmaron, sin ninguna duda, que sí trabajaban desde perspectivas acordes con el envejecimiento activo con respuestas del

tipo: *Sí, pues hay actividades, y talleres que van encaminados a dar a conocer y dar respuesta a la participación, la seguridad y la salud de las personas mayores (...)* (Educador Social C.11). Asimismo, el 28.6% (n=6) respondieron que sí consideraban el enfoque del envejecimiento activo, pero manifestaban dudas, como por ejemplo: *"Creo que hay una intencionalidad, pero que no se plasma en nada concreto (...)* (Terapeuta Ocupacional C.8). Mientras que otro 21.8% (n=5) indicaron que no trabajaban desde este enfoque. Como en este caso: *"No trabajamos desde la perspectiva de envejecimiento activo (...)"* (Trabajadora Social C.9).

Metodología para abordar el enfoque del envejecimiento activo

El 21.8% (n=5) de las respuestas hicieron referencia a la *participación* como metodología, ya sea de manera abstracta o mediante la participación concreta en alguna actividad:

En nuestra intervención abordamos modelos de actividad para evitar el aislamiento y fomentar la participación en actividades (...) (Psicólogo P.10).

Por otro lado, el 21.8% (n=5) de las y los participantes refirió que la intervención iba encaminada a *vincular con recursos para mayores*:

Tratamos de que vinculen con Centros de Mayores del distrito teniendo coordinaciones con ellos (...) (Educadora Social C.4)

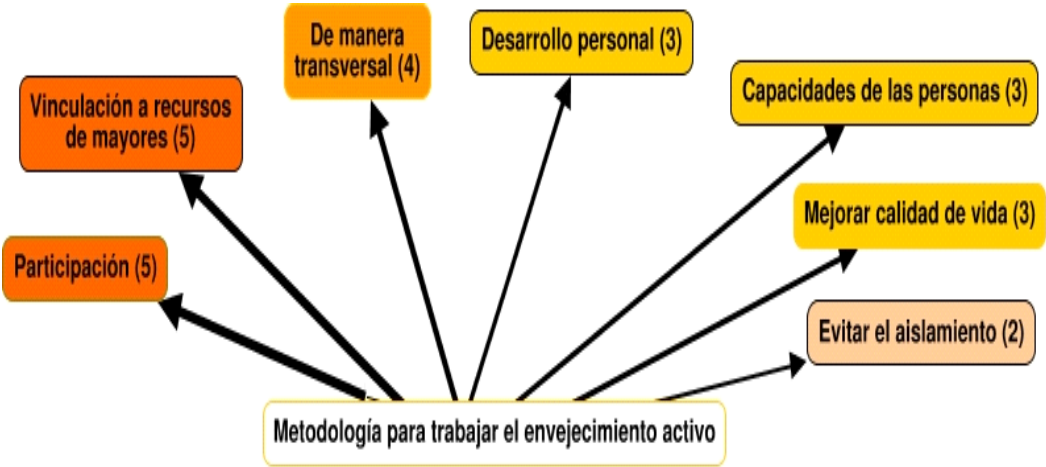
Por su parte, el 19% (n=4) de los testimonios indicaron que trabajaban el enfoque del envejecimiento activo de *forma transversal* o no concreta:

De forma transversal, ya que la mayoría de las actividades comparten objetivos con esta perspectiva (Educadora social C.1)

También, el 14.2 % (n=3) de las y los profesionales se refirieron a las *capacidades* de la persona añadiendo a la descripción de su metodología el *desarrollo personal* y también en 3 de las respuestas se afirmó que se interviene para la *mejora de la calidad de vida*.

Por último, un 9.5 % (n=2) de las personas participantes mencionó la necesidad de *evitar el aislamiento*.

Figura 1. *Categorías y número de afirmaciones relacionadas con la metodología para abordar el enfoque del envejecimiento activo*



Fuente: Elaboración propia.

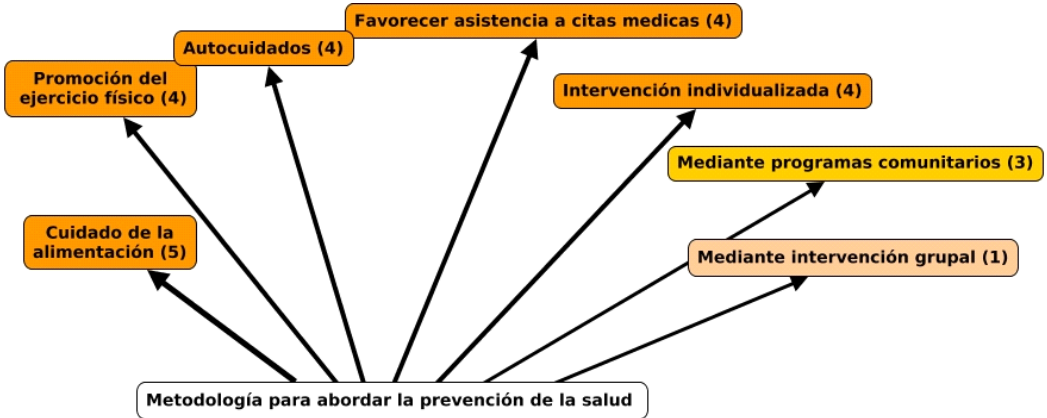
Aspectos del envejecimiento activo que se trabajan en los recursos

Cuidado de la salud

El 95.2% (n=20) de las y los profesionales encuestados afirmaron trabajar en el cuidado y prevención de la salud. Las áreas específicas mencionadas fueron: Cuidado de la alimentación: 23.8% (n=5) "*Se aborda desde la alimentación saludable (...)*" (Educadora Social C.1)", Promoción del ejercicio físico: 19% (n=4) Autocuidados: 19% (n=4) Asistencia a citas médicas: 19% (n=4) Intervención individualizada: 19% (n=4).

El 14.3% (n= 3) de las personas participantes mencionaron los programas comunitarios como método para trabajar la prevención y cuidado de la salud. Un profesional mencionó la intervención en grupo en el centro y un 19% (n=4) de las y los profesionales no definieron de qué manera se trabaja la prevención de la salud.

Figura 2. Categorías y número de afirmaciones relacionadas con la metodología para abordar la prevención de la salud



Fuente: Elaboración propia.

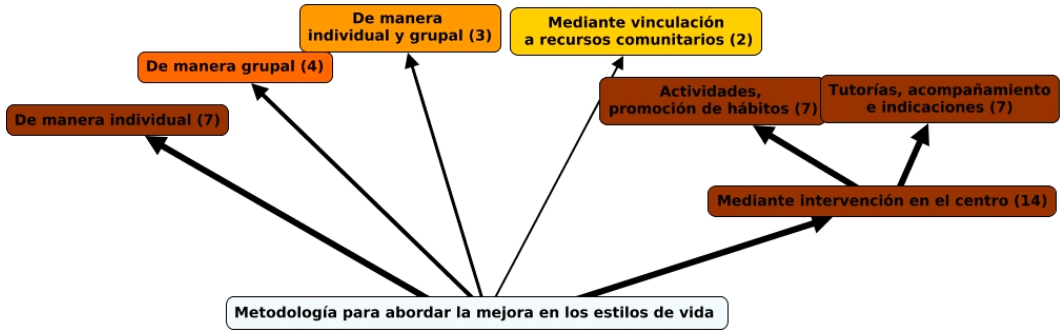
Mejora de los estilos de vida

Todas y todos los profesionales afirmaron que se trabaja para la mejora de los estilos de vida aunque uno de las y los profesionales matizó que *“solo en casos de estilos de vida disruptivos (Educador Social C.19)”*.

Las personas participantes refirieron que para modificar estilos de vida el trabajo se realiza de manera individual 33.3% (n=7) de las respuestas o grupal, 19% (n=4) de respuestas, el 14.3% (n=3) de los profesionales aseguraron realizarlo de manera grupal e individual.

Respecto al lugar donde se trabaja la prevención de la salud el 9.5 (n=2) de los profesionales comentaron que fomentan estilos de vida saludable vinculando a las personas usuarias a recursos comunitarios y un 71.4 % (n=15) dan respuestas que son compatibles con intervenciones desde el propio recurso, estos pueden dividirse en dos metodologías, los que lo realizan mediante actividades y promoción de hábitos 5, respuestas *“A través de actividades tipo educación para la salud, taller de bienestar, el servicio de comidas (...) (Educador Social C.9)”* o mediante tutorías, acompañamiento, la información, motivación explicación, etc.

Figura 3. Categorías y número de afirmaciones relacionadas con la metodología para abordar la mejora de los estilos de vida



Fuente: Elaboración propia

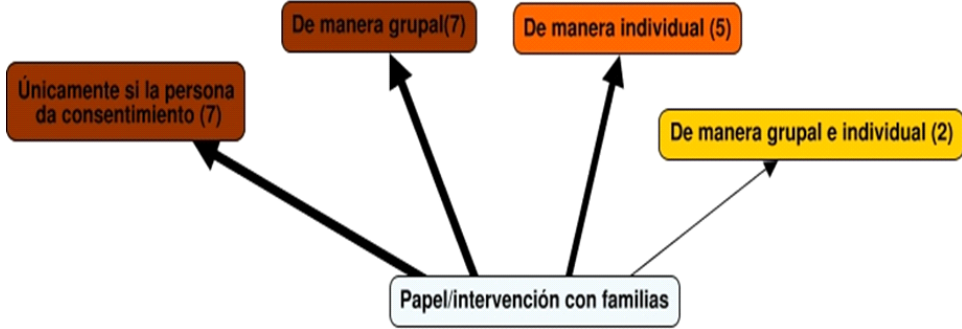
Mejora de las relaciones interpersonales

La totalidad de los profesionales afirmaron trabajar este aspecto, siendo un 28.6% (n=6) los que añadieron en su respuesta que se trata de un objetivo principal del recurso en el que trabajan: "*Sí, siempre, es otro objetivo principal del recurso*" (Educatadora social C.20).

En lo referente a la metodología para trabajar las relaciones interpersonales, se identificaron 5 categorías, las más frecuentes fueron recuperación de la red social y familiar anteriormente existente: "*(...) se fomenta las redes de apoyo que tuvieron en el pasado para volver a retomar contacto* (Trabajadora social C12)" y *la inserción en el entorno comunitario: "(...) se promueve la inserción de la persona en su entorno más próximo y comunitario (...)"* (Psicóloga C.21) incluidos en el 19% (n=4) . Un 14.3% (n=3) de las y los profesionales expresaron trabajar las relaciones interpersonales desde grupos realizados ad hoc para este propósito y un 9.5 (n=2) mediante el fomento de las habilidades sociales. Además otro 14.3% (n=3) de profesionales indicaron que entendían que trabajan las relaciones interpersonales como algo transversal: "*Sí. De manera transversal!*"

En cuanto al *papel que ocupa la familia y el tipo de intervención que se realiza con ella*, el 91.2% (n=20) las y los profesionales refirieron que sí trabajaban con las familias, salvo en los casos en los que la persona mayor con enfermedad mental grave alega que o no tienen familia o está ausente. De los que afirmaron realizar la intervención familiar, el 33.3% (n=7) añadieron que solo se produce si la persona da su consentimiento. Otro 33.3% (n=7) señalaron que realizaban la intervención familiar de manera grupal ya sea en grupo multifamiliar o en talleres de familia. También, un 33.3% (n=7) de los profesionales afirmaron realizar trabajo familiar de manera individual y 2 de ellos también de manera grupal.

Figura 4. Categorías y número de afirmaciones relacionadas con el papel que ocupa la familia y el tipo de intervención que se realiza con ellas

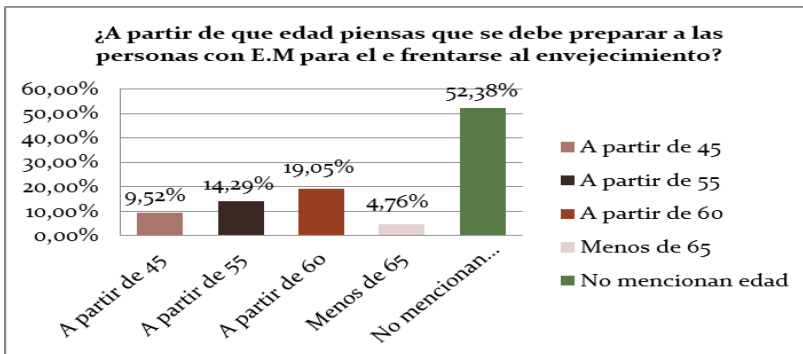


Fuente: Elaboración propia.

Preparación para la vejez

El 47.6% (n=10) de las y los profesionales mencionaron una edad o rango a partir del cual consideran que deberían comenzar a preparar a las personas usuarias para la vejez. La edad más temprana mencionada fue de 45 años, mientras que la más tardía fue de 65 años. Sin embargo, otro 47.6% de los testimonios reflejaron que no creían que existiera una edad específica para comenzar dicha preparación. La mayoría de las y los profesionales argumentaban las diferencias individuales entre las personas y sus particularidades, y uno de ellos incluso mencionaba que no veía necesario preparar para la vejez. Solo una respuesta entre las analizadas afirmaba que se podrían comenzar a preparar desde que ingresan al recurso.

Gráfico 5. Edad adecuada para preparar a las personas con Enfermedad Mental para enfrentarse al envejecimiento



Alternativas socioeducativas que tienen las personas con enfermedad mental al llegar a los 65 años

Mantenimiento y alternativas en el recurso al llegar a los 65 años

La totalidad de las y los participantes refirieron que se mantienen en el recurso a personas que han superado el límite de edad que establece la consejería, es decir mayores de 65 años, la mayoría lo consideró como algo excepcional, pero en dos de los recursos consultados afirmaron que incluso se deriva a las personas mayores de 65 años. Es decir, ponen de manifiesto que existe cierto grado de flexibilidad en la mayoría de los recursos en relación con la edad en la que finaliza el seguimiento de las personas usuarias.

Todas y todos los participantes alegaron motivos para esta prórroga que pueden dividirse en tres categorías: 1) *falta de apoyos o recursos adecuados* 42.8% (n=9) respuestas del tipo: "*Desde mi punto de vista, las personas que ya dejan por edad el recurso se encuentra desamparados (...)*" (Trabajadora Social C.12); 2) *vinculación a la red de mayores* 21.8% (n=5) de las respuestas: "*(...) se han mantenido algún año más pasado esta edad, y creo que la causa directa es no haber realizado el proceso de vinculación a red de mayores con anterioridad (...)*" (Educadora Social C.5); 3) *dificultades concretas de la persona*, 14.2 % (n=3) de las respuestas: Sí a veces están 1-2 años más ya que no hay dispositivos para la persona, necesita un periodo más largo de adaptación, por sus características personales (...) (Educador Social C.9) .

Otras respuestas refieren aspectos como el beneficio para la persona o terminar de cumplir objetivos. El 9.5% (n=2) de profesionales no alegaron ningún motivo concreto.

Adaptación a los programas de mayores por parte de las personas con enfermedad mental

Únicamente, el 9.5% (n=2) de las y los participantes expresaron que es posible la adaptación a los programas de mayores por parte de las personas con enfermedad mental grave pero siempre y cuando se realice un trabajo previo. Por otro lado, el 38% (n= 8) de profesionales refirieron que el colectivo de personas mayores con trastorno mental no se adaptan bien. Las afirmaciones relativas a esta categoría fueron codificadas en tres subcategorías, a saber: 1) aquellos testimonios que manifestaron un *no rotundo*; 2) aquellos que expresaron dificultades o la *necesidad de un trabajo previo* -3 testimonios del tipo: "*Pueden adaptarse de forma ajustada, en algunos casos con una preparación a la misma o proceso de adaptación*" (Psicóloga C.21); y, 3) dos testimonios que indicaron que la red de mayores no estaba especializada o disponible a los 65 años.

Otros 8 testimonios se refirieron a la existencia de factores heterogéneos en función de cada caso, sintomatología y autonomía del usuario, apoyos de la persona recibidos, tipo de centro al que acude, etc. Por último tres profesionales indicaron que no sabían o tenían dudas, sobre la falta de seguimiento posterior al alta de los usuarios del centro.

Dificultades y necesidades de las personas con enfermedad mental grave al llegar a la vejez

El 42.8% (n=9) de las y los participantes indicaron que los usuarios tenían necesidades de apoyo social para evitar aislamiento: "Se agrava la soledad y aislamiento" (Psicólogo C.10). Seis de los testimonios (28.5%) hicieron referencia a que las necesidades de apoyo social que presentan estos usuarios son las mismas que las de la población general.

Un 14.3% (n=3) de las y los profesionales aludieron a necesidades de cuidado de la salud y bienestar. Mientras que un 9.5% (n=2) refirieron que las necesidades de una persona con enfermedad mental se unen a las propias que pueden tener las personas mayores. Si bien, en un caso, se señaló que además surgen necesidades derivadas del estigma social al que se enfrentan estas personas: "El estigma que arrastran debido a la enfermedad mental (Educadora Social C.4)" y otra reconocía no saber que necesidades tienen.

Propuestas de mejora

Respecto a las propuestas de mejora, se destacó la de la formación específica y continua para profesionales en materia de envejecimiento activo. Al respecto, se recogieron 11 testimonios en este sentido (52.3%). La segunda propuesta más frecuente fue la de mejorar la coordinación y vinculación con otros recursos dirigidos a personas mayores 23.8% (n=5). También, una de las propuestas más interesantes, señalada en cuatro testimonios (19%) se refirió a la necesidad de revisar la intervención para adaptarse a las personas mayores con enfermedad mental grave. Finalmente, un 14.3% (n=3) de profesionales propusieron adoptar plenamente el enfoque de envejecimiento activo en la intervención socioeducativa que se lleva a cabo en los diferentes recursos.

Por último, se hallaron otras tres propuestas en las que se recogieron únicamente un testimonio y que apuntaron a tres necesidades: crear recursos especializados, aumentar la edad de atención y dotar de recursos y herramientas a centros y profesionales.

Discusión

El concepto de envejecimiento activo que tienen las y los profesionales de este estudio va en la línea de la definición de la OMS, que lo define como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2022). Esto se refleja en las definiciones aportadas por siete de las y los participantes en los cuestionarios, quienes destacaron elementos clave como la calidad de vida, la salud y la participación, mientras que también subrayaron que el envejecimiento activo se percibe como un proceso. Esta convergencia con la definición de la OMS se alinea con la literatura científica, la cual evidencia que la participación activa en la vida social y comunitaria contribuye al bienestar personal y la satisfacción con la vida (Kim et al., 2020).

El envejecimiento activo en personas con enfermedad mental es un proceso complejo que requiere un enfoque multifacético. La OMS (2023) propone cuatro áreas prioritarias: 1) combatir el edadismo y promover una cultura que valore a las personas mayores; 2) crear comunidades accesibles e inclusivas; 3) ofrecer atención médica integral y personalizada; y 4) garantizar acceso a la atención a largo plazo cuando sea necesario. Las respuestas de las y los participantes en el estudio se alinean con estas áreas, trabajando en la promoción de estilos de vida saludables, la dotación de apoyo social y comunitario, así como en tratar de garantizar el acceso a la atención médica y a la atención a largo plazo. El fin último, es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y permitirles vivir vidas saludables, independientes y satisfactorias. Por ello, la gran mayoría de las y los profesionales consultados en este estudio afirmaron estar comprometidos con la labor de prevención de la salud. En concreto, nueve de los 21 profesionales indicaron que trabajan activamente en la prevención, mejorando aspectos como la alimentación y promoviendo la actividad física.

Es relevante subrayar que tanto la alimentación poco saludable como el sedentarismo representan factores de riesgo significativos para las enfermedades cardiovasculares, las cuales son comunes en personas que padecen enfermedades mentales graves, como se mencionó previamente. En este sentido, tal y como señalan Orellana y colaboradores (2017) es importante implementar estrategias de prevención de estas enfermedades en personas con esquizofrenia. Además, se ha demostrado que este colectivo tiende a adoptar patrones dietéticos menos saludables en comparación con la población general (Teasdale et al., 2019). Este enfoque hacia la prevención y la promoción de la salud en individuos con enfermedades mentales graves tiene una relevancia considerable, dado su potencial para mitigar los riesgos asociados con estas afecciones y mejorar la calidad de vida de quienes las padecen.

En relación con la percepción que tienen las y los profesionales sobre las necesidades de las personas con enfermedad mental al envejecer, se puede observar que comparten similitudes con las diferencias observadas entre los adultos mayores con

enfermedad mental y la población general, tal como lo describen Lai et al. (2020). Cerca del 50% de las personas participantes señalaron “evitar el aislamiento social” como una necesidad de las personas usuarias. También, se observó que un número similar de encuestados que mencionaron la pérdida de apoyo familiar y social como motivo para prolongar la estancia en el recurso. Es importante destacar que todas y todos los participantes en el estudio hicieron hincapié en la importancia del trabajo en las relaciones interpersonales. Sin embargo, es relevante mencionar que el 28% de las respuestas indicaron que el colectivo al que nos referimos no tiene necesidades específicas, una percepción que contrasta con el estudio previamente mencionado.

En cuanto a la forma de abordar la prevención de la salud, reflejada en los cuestionarios, se encontraron similitudes con las dificultades identificadas, como la elección inadecuada de alimentos y las limitaciones para realizar ejercicio físico (Yarborough et al., 2019). Casi la mitad de los profesionales consultados mencionaron intervenir en uno de estos dos aspectos. Sin embargo, es importante destacar que algunas investigaciones recomiendan la implementación de estrategias de prevención de factores de riesgo modificables desde el primer episodio psicótico (Fernández-Abascal et al., 2021). Estas estrategias incluyen intervenciones en el estilo de vida tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados, centrándose en la dieta y el ejercicio, las cuales han demostrado efectos positivos en la salud física y psicológica de los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia y episodios psicóticos iniciales (Fernández-Abascal et al., 2021; Głodek et al., 2023). Además, se ha encontrado que los patrones de ingesta dietética, actividad física y comportamiento sedentario en personas con psicosis establecida están asociados con la sintomatología de salud mental, subrayando la necesidad de abordar estos factores desde una etapa temprana (Martland et al., 2023).

Los resultados de este estudio no respaldan completamente esta recomendación, ya que la edad más temprana considerada adecuada para iniciar intervenciones dirigidas al envejecimiento activo es de 45 años, una opinión compartida solo por 2 encuestados. Además, más de la mitad de los encuestados no mencionan una edad específica de inicio.

Algunos estudios, como el de Eroneen et al. (2021), sugieren que niveles más altos de educación para la salud pueden permitir que las personas mayores mantengan niveles más altos de envejecimiento activo, incluso aquellos con múltiples afecciones crónicas. En consonancia con esto, más del 30% de las y los profesionales que participaron en el estudio señalaron que trabajan en la mejora de los estilos de vida mediante tutorías, indicaciones y explicaciones, lo que se alinea con la educación para la salud. Otro 30% trabaja en la promoción de hábitos saludables mediante actividades y fomento de prácticas saludables, también en la línea de la educación para la salud.

En cuanto a la metodología utilizada, el trabajo de Yarborough y colaboradores (2019) apunta hacia un beneficio de la participación grupal que tan solo es referida por una persona en nuestro estudio respecto a la prevención de la salud y por otras cuatro al hablar de la intervención en la mejora de los estilos de vida. En la intervención familiar si se encontraron siete respuestas, que hacían referencia a la utilización de técnicas de intervención grupales como los grupos multifamiliares o modalidad de grupo terapéutico. Grupos que, según refiere González et al. (2021), son efectivos para la mejora de las relaciones familiares, de la comunicación, de las habilidades para la resolución de problemas, de la expresión de emociones y la participación, así como para la potenciación de las capacidades de la familia. Al respecto, según Cabrera y colaboradores (2018), las relaciones intergeneracionales intrafamiliares y extrafamiliares pueden describirse como una práctica de las personas mayores que contribuye al envejecimiento activo, de manera que la participación en estos grupos podría suponer un beneficio para el desarrollo del envejecimiento activo similar al que se obtiene de actividades intergeneracionales. De hecho los grupos multifamiliares no dejan de ser grupos intergeneracionales.

La intervención que describen las y los profesionales asegurando que trabajan prevención de la salud, estilos de vida y relaciones familiares coinciden con las conclusiones sobre necesidades y aspectos de mayor satisfacción de las personas mayores en general que aparecen en otros estudios como en Tijeras, García, y Zegarra (2020) que pone énfasis en la mejora del ambiente social o el realizado por Phulkert et al. (2021) que concluye que es fundamental promover hábitos de vida saludables, especialmente la práctica regular de actividad física y una ingesta adecuada de frutas y verduras.

Respecto a la coordinación con la red de mayores u otros recursos comunitarios, es un aspecto que aparece tanto en las respuestas sobre la manera de trabajar en envejecimiento activo, como en las propuestas de mejora, 5 personas proponen mejorar la coordinación con otros recursos, lo que supone un 24%. Esta visión coincide con la investigación de Reynolds y colaboradores (2022) que determinó que la colaboración entre diferentes sectores y la interdisciplinariedad es un requisito fundamental para abordar el envejecimiento de las personas con enfermedad mental.

En otro orden, las propuestas de la OMS (2015) para desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, accesible, de gran calidad y respetuosa con la edad, así como proporcionar formación y educación a los cuidadores (formales e informales), también se reflejan en los resultados de esta investigación. Todas y todos los participantes afirmaron que tras los 65 años se mantienen personas usuarias. Además, la mayoría de los participantes alegaron como motivo para esta prórroga razones que son compatibles con la continuidad de la atención dentro del servicio. Por otro lado, en las propuestas para adaptar la intervención al envejecimiento activo se propone la formación de las y los profesionales, que junto con el trabajo grupal o individual que se realiza con las familias podrían considerarse formación a los cuidadores.

Como se ha mencionado anteriormente en relación con el apoyo inadecuado, insuficiente e inapropiado debido al déficit de servicios adecuados, especializados, y la falta de respuestas a las necesidades específicas de envejecimiento y enfermedad mental por parte de las instituciones (Lai et al., 2020). De alguna manera, esto refleja la percepción de las y los profesionales encuestados durante la investigación. Solamente dos profesionales manifestaron que la adaptación era posible, pero requería un trabajo previo. En contraste, un 31% (8 profesionales) afirmaron que no se adaptarían bien, y de ellos, 3 argumentaron que la red carecía de especialización. En este punto, es relevante recordar uno de los principios fundamentales del decenio del envejecimiento saludable: "No dejar a nadie atrás".

Conclusiones

La mayoría de las y los profesionales participantes mostró un conocimiento y comprensión adecuada del término "envejecimiento activo". Esto puede interpretarse como un indicador de un interés teórico en el tema y un compromiso con la búsqueda de soluciones prácticas en su campo de trabajo. Sin embargo, al abordar la aplicación práctica de la perspectiva de envejecimiento activo en sus dispositivos, surgieron ciertas ambigüedades dado que menos de la mitad de las y los profesionales afirmaron estar trabajando desde esta perspectiva, lo que plantea el desafío en la intervención por la transición de la teoría a la práctica.

En lo que respecta a la implementación de estrategias de intervención socioeducativas relacionadas con el envejecimiento activo, las respuestas de las y los profesionales tienden a dividirse principalmente en dos enfoques: la promoción de la participación activa y la vinculación a otros recursos disponibles. Sin embargo, en cuanto a la edad apropiada para iniciar la preparación hacia el envejecimiento activo, las respuestas son variadas y dispersas, lo que podría indicar una falta de consenso sobre cuándo debería comenzar este proceso.

La participación de personas usuarias en los dispositivos más allá de los 65 años evidencia una tendencia a mantener a estas personas en los recursos, aunque esto se justifica en gran medida por dificultades de adaptación o vinculación con recursos destinados a personas mayores. Las necesidades identificadas por las y los profesionales se centraron principalmente en la soledad y el aislamiento social, seguidas del cuidado de la salud. Destaca el hecho de que un 28.5% de las y los profesionales cree que las personas con trastorno mental grave (TMG) presentan necesidades similares a las de las personas mayores que no lo tienen.

En el ámbito de la prevención de la salud, las y los profesionales reportan estrategias que incluyen el cuidado de la alimentación, la promoción del ejercicio físico y el fomento de los autocuidados. Estas estrategias se aplican tanto de manera individual

como grupal, con un énfasis en la vinculación a recursos comunitarios para mejorar los estilos de vida. También, se destaca un esfuerzo significativo en el fomento de las relaciones interpersonales, con metodologías diversas que incluyen la creación de grupos ad hoc. El trabajo con familias es una dimensión importante en la mayoría de los dispositivos de atención a personas con enfermedad mental.

Los resultados indican áreas donde se pueden realizar mejoras en la intervención con personas con enfermedad mental grave como, por ejemplo, la aplicación práctica de los conocimientos teóricos, la definición de una edad adecuada para la preparación hacia el envejecimiento activo y la promoción de la formación continua en este campo. Estas mejoras tienen el potencial de enriquecer la calidad de la atención y el bienestar de las personas con enfermedad mental en proceso de envejecimiento.

En relación con la metodología utilizada, se identificaron diferentes enfoques, como la participación, la vinculación con recursos para mayores y el enfoque transversal. Estos hallazgos indican la existencia de una diversidad de prácticas en los dispositivos de la red de atención. Sin embargo, sería deseable promover una mayor atención a las capacidades de las personas, el desarrollo personal y la mejora de la calidad de vida, así como la prevención del aislamiento.

En otro orden, este estudio presentó limitaciones, la primera tiene que ver con su diseño, dado que no se contó con las personas usuarias para ofrecer su punto de vista. Asimismo, el número de participantes en el estudio fue limitado lo que no garantiza una muestra representativa de todas y todos los profesionales de los equipos de la comunidad de Madrid. Otra limitación importante fue la dificultad para encontrar trabajos de investigación relacionados con la temática dado que la mayoría de los trabajos encontrados presentaron un abordaje desde el campo de la medicina, no encontrándose apenas trabajos de investigación desde perspectivas sociales o educativas.

REFERENCIAS

- Ajnakina, Olesya, Brendon Stubbs, Emma Francis, Fiona Gaughran, Anthony S. David, Robin M. Murray, y John Lally. 2021. «Employment And Relationship Outcomes In First-episode Psychosis: A Systematic Review And Meta-analysis Of Longitudinal Studies». *Schizophrenia Research* 231 (mayo): 122-33. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.03.013>.
- Bernal, Carlos. (2010). Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales (3ra ed.; Pearson Educación, Ed.).
- Bucy, Taylor, Kelly Moeller, John R Bowblis, Nathan Shippee, Shekinah Fashaw-Walters, Tyler Winkelman, y Tetyana Shippee. 2022. «Serious Mental Illness In The Nursing Home Literature: A Scoping Review». *Gerontology & Geriatric Medicine* 8 (abril): 233372142211012. <https://doi.org/10.1177/23337214221101260>.

Cabrera, Esther, Esther Limón, Sergi Font, Marta Palacios, Carla Mulet, María Bartolomé, Esther Cabrera, et al. s. f. «Necesidades Formativas Percibidas Al Envejecer. Cómo Afrontar un Envejecimiento Saludable». [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200003) HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200003"& HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200003"pid=S1132-12962018000200003.

Comunidad de Madrid. (2018). *Plan estratégico de la comunidad de Madrid 2018/2020*. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

Comunidad de Madrid. (s.f.). *Folleto explicativo de la tipología de centros y dispositivos de atención social Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera*.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/folleto_explicativos_tipologia_red_enfermedad_mental_2019.pdf

Correll, Christoph U., Marco Solmi, Giovanni Croatto, Lynne Kolton Schneider, S. Christy Rohani-Montez, Leanne Fairley, Nathalie Smith, et al. 2022. «Mortality In People With Schizophrenia: A Systematic Review And Meta-analysis Of Relative Risk And Aggravating Or Attenuating Factors». *World Psychiatry/World Psychiatry* 21 (2): 248-71. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>.

Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030). 2019. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

Degnan, Amy, Katherine Berry, Charlotte Humphrey, y Sandra Bucci. 2021. «The Relationship Between Stigma And Subjective Quality Of Life In Psychosis: A Systematic Review And Meta-analysis». *Clinical Psychology Review* 85 (abril): 102003. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102003>.

Del Cura Bilbao, Alicia, y María Sandín Vázquez. 2021. «Activos Para la Salud y Calidad de Vida En Personas Diagnosticadas de Enfermedad Mental Grave». *Gaceta Sanitaria* 35 (5): 473-79. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.004>

Del Rocío Figueroa Varela, Ma., Diana Patricia Aguirre Ojeda, y Raquel Rocío Hernández Pacheco. 2021. «Asociación del Deterioro Cognitivo, Depresión, Redes Sociales de Apoyo, Miedo y Ansiedad A la Muerte En Adultos Mayores». *Psicumex* 11 (septiembre). <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.397>.

De São José, José Manuel, Virpi Timonen, Carla Alexandra Filipe Amado, y Sérgio Pereira Santos. 2017. «A Critique Of The Active Ageing Index». *Journal Of Aging Studies* 40 (enero): 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.01.001>.

Eronen, Johanna, Leena Paakkari, Erja Portegijs, Milla Saajanaho, y Taina Rantanen. 2021. «Health Literacy Supports Active Aging». *Preventive Medicine* 143 (febrero): 106330. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106330>.

Fernández-Abascal, Blanca, Paula Suárez-Pinilla, Carlos Cobo-Corrales, Benedicto Crespo-Facorro, y Marta Suárez-Pinilla. 2021. «In- And Outpatient Lifestyle Interventions On Diet And Exercise And Their Effect On Physical And Psychological Health: A Systematic Review And Meta-analysis Of Randomised Controlled Trials In Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders And First Episode Of Psychosis». *Neuroscience & Biobehavioral Reviews/Neuroscience And Biobehavioral Reviews* 125 (junio): 535-68. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.005>.

Garrote, Pilar Robles, y Manuela Del Carmen Rojas. 2015. La validación por juicio de expertos: Dos investigaciones cualitativas en Lingüística Aplicada. *Revista Nebrija De Lingüística Aplicada a La Enseñanza De Lenguas*, 9(18), 124-139. <https://doi.org/10.26378/rnlael918259>

Glódek, Magdalena, Maria Skibinska, y Aleksandra Suwalska. 2023. «Diet And Physical Activity And Metabolic Disorders In Patients With Schizophrenia And Bipolar Affective Disorder In The Polish Population». *PeerJ* 11 (julio): e15617. <https://doi.org/10.7717/peerj.15617>.

Goldfarb, Michael, Marc De Hert, Johan Detraux, Katherine Di Palo, Haroon Munir, Sanela Music, Ileana Piña, y Petter Andreas Ringen. 2022. «Severe Mental Illness And Cardiovascular Disease». *Journal Of The American College Of Cardiology* 80 (9): 918-33. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.06.017>.

González, Alejandro Martínez, Lars Bonell García, Javier Sampere Pérez, y Claudio Fuenzalida Muñoz. 2021. «Contribuciones Para Mejorar la Eficacia de la Conducción de Grupos Multifamiliares. Una Revisión Sistemática». *Indivisa, Boletín de Estudios E Investigación/Indivisa, Boletín de Estudios E Investigación*, n.o 21 (octubre): 33-60. <https://doi.org/10.37382/indivisa.vi21.604>.

Guzmán, Víctor. 2021. «El Método Cualitativo y Su Aporte A la Investigación En las Ciencias Sociales». *Gestionar* 1 (4): 19-31. <https://doi.org/10.35622/j.rg.2021.04.002>.

Hodes, Georgia E., y C. Neill Epperson. 2019. «Sex Differences In Vulnerability And Resilience To Stress Across The Life Span». *Biological Psychiatry* 86 (6): 421-32. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.028>.

Informe Mundial de la Salud 2015. *El Envejecimiento y la Salud - Red de Desarrollo Social de América Latina y el Caribe (ReDeSoc)*. s. f. <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=4165>.

Kim, Junghee, Hyeonkyeong Lee, Eunhee Cho, Kyung Hee Lee, Chang Gi Park, y Byong Hee Cho. 2020. «Multilevel Effects Of Community Capacity On Active Aging In Community-Dwelling Older Adults In South Korea». *Asian Nursing Research* 14 (1): 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.01.001>.

Lai, Daniel W. L., K. C. Chan, X. J. Xie, y G. D. Daoust. 2019. «The Experience Of Growing Old In Chronic Mental Health Patients». *Aging And Mental Health/Aging & Mental Health* 24 (9): 1514-22. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1609903>.

Madoz-Gúrpide, Agustín, Ballesteros Martín Juan Carlos, Leira Sanmartín Mónica, y García Yagüe Ernesto. 2017. «Necesidad de un Nuevo Enfoque En la Atención Integral A los Pacientes Con Trastorno Mental Grave Treinta Años Después de la Reforma Psiquiátrica». *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-11. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es&nrm=iso&tlng=es"& HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es&nrm=iso&tlng=es"pid=S1135-57272017000100300 HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es&nrm=iso&tlng=es"& HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es&nrm=iso&tlng=es"lng=es HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es&nrm=iso&t

Ing=es"& HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es&nrm=iso&tlng=es" nrm=iso HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es&nrm=iso&tlng=es"& HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es&nrm=iso&tlng=es" tlng=es.

Martland, Rebecca, Scott Teasdale, Robin M. Murray, Poonam Gardner-Sood, Shubulade Smith, Khalida Ismail, Zerrin Atakan, Kathryn Greenwood, Brendon Stubbs, y Fiona Gaughran. 2021. «Dietary Intake, Physical Activity And Sedentary Behaviour Patterns In A Sample With Established Psychosis And Associations With Mental Health Symptomatology». *Psychological Medicine* 53 (4): 1565-75. <https://doi.org/10.1017/s0033291721003147>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2022). *Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024*.

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-estrategico-salud-mental-y-adicciones-2022-2024>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción integral sobre la salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Orellana, Gricel, Matías Rodríguez, Nicolás González, y Eduardo Durán. 2017. «Esquizofrenia y Su Asociación Con Enfermedades Médicas Crónicas». *Revista Médica de Chile* 145 (8): 1047-53. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000801047>.

Ortega, Navas María C., y Javier Páez Gallego. 2021. "Calidad de vida en personas mayores." En *Calidad de vida en personas adultas y mayores: Intervención educativa en contextos sociales*, coordinado por Ángel De-Juanas y María C. Ortega Navas, 139-209. UNED.

Padilla, Ernesto Martín, Diana Obando Posada, y Pedro José Sarmiento Medina. 2018. «La Adherencia Familiar En el Trastorno Mental Grave». *Atención Primaria* 50 (9): 519-26. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.010>

Phulkerd, Sirinya, Sasinee Thapsuwan, Aphichat Chamrathirong, y Rossarin Soottipong Gray. 2021. «Influence Of Healthy Lifestyle Behaviors On Life Satisfaction In The Aging Population Of Thailand: A National Population-based Survey». *BMC Public Health* 21 (1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10032-9>.

Rantanen, Taina, Johanna Eronen, Markku Kauppinen, Katja Kokko, Sini Sanaslahti, Niina Kajan, y Erja Portegijs. 2020. «Life-Space Mobility And Active Aging As Factors Underlying Quality Of Life Among Older People Before And During COVID-19 Lockdown In Finland-A Longitudinal Study». *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences* 76 (3): e60-67. <https://doi.org/10.1093/geron/glaa274>.

Restrepo, Diego A., y Juan C. Jaramillo. "Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 30.2 (2012): 202-211. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>

Reynolds, Charles F., Dilip V. Jeste, Perminder S. Sachdev, y Dan G. Blazer. 2022. «Mental Health Care For Older Adults: Recent Advances And New Directions In Clinical

Practice And Research». *World Psychiatry/World Psychiatry* 21 (3): 336-63. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>.

Ruiz-Clavijo, Ana Belén Cuesta. 2020. «Envejecimiento Activo, Objetivos y Principios: Retos Para el Trabajo Social». *Revista de Servicios Sociales*, (72), 49-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7606570>.

Sempere Pérez, Javier. "Terapia interfamiliar: análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar." *Proyecto de investigación*: (2016). <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47827>

Teasdale, Scott B., Philip B. Ward, Katherine Samaras, Joseph Firth, Brendon Stubbs, Elise Tripodi, y Tracy L. Burrows. 2019. «Dietary Intake Of People With Severe Mental Illness: Systematic Review And Meta-analysis». *British Journal Of Psychiatry* 214 (5): 251-59. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.20>.

Tijeras, Elvira, Lorena González García, y Silvia Postigo Zegarra. 2020. «Relación Entre el Apoyo Social, la Satisfacción de las Necesidades Psicológicas Básicas y el Bienestar En Adultos Mayores». *Dialnet*. 2020. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7745140>.

Tur, Carme Triadó. 2018. «Envejecimiento Activo, Generatividad y Aprendizaje / Active Ageing, Generativity And Learning». *Aula Abierta* 47 (1): 63. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.63-66>.

Yarborough, Bobbi Jo H., Scott P. Stumbo, Julie A. Cavese, Micah T. Yarborough, y Carla A. Green. 2019. «Patient Perspectives On How Living With A Mental Illness Affects Making And Maintaining Healthy Lifestyle Changes». *Patient Education And Counseling* 102 (2): 346-51. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.036>

Zubin, Joseph, y Bonnie Spring. 1977. «Vulnerability: A New View Of Schizophrenia.» *Journal Of Abnormal Psychology* 86 (2): 103-26. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.86.2.103>.

